

# Utdanningen til klinisk spesialist

*Et redskap for kompetanseutvikling og fagutvikling?*

Anne Grethe Knutheim



Masteroppgave ved Det medisinske fakultetet

Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

26. september 2010

---



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Anne Grethe Knutheim	<b>Dato:</b> 26.09.2010
<b>Tittel og undertittel:</b> Utdanningen til klinisk spesialist. Et redskap for fagutvikling og kompetanseutvikling?	
<b>Sammendrag:</b>  <i>Hensikt:</i> Hensikten med studien var å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister opplever at de vedlikeholder og videreutvikler kompetansen som klinisk spesialist, og om hvordan de bruker kompetansen til fagutvikling. Studien hadde også til hensikt å undersøke hvilke faktorer kliniske spesialister oppfatter som betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetansen til fagutvikling.  <i>Teoretisk forankring:</i> Sentral teori ble brukt for å belyse og operasjonalisere begrepene faglig kompetanse, kompetanseutvikling og faktorer av betydning for utvikling og bruk av kompetanse. For å belyse og operasjonalisere begrepet fagutvikling ble systematiske litteraturgjennomganger og begrepsanalyser lagt til grunn.  <i>Metode:</i> Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse der samtlige kliniske spesialister med to år eller mer erfaring per 1.9.2009 blir inkludert. Et strukturert spørreskjema ble utarbeidet på bakgrunn av sentral teori omkring begrepene kompetanse- og fagutvikling, og faktorer av betydning for utvikling og bruk av kompetanse.  <i>Resultat:</i> Totalt svarte 748 personer (66,8 %) på spørreskjemaet. De kliniske spesialistene var i stor grad enig i at de hadde bevart spisskompetansen innen fordypningsområde fra utdanningen. Relativt mange opplevde også at de brukte kompetansen som klinisk spesialist, men det var også en del som brukte kompetansen lite. Et sentralt funn var at de kliniske spesialistene i stor grad vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin kompetanse gjennom uformelle aktiviteter i klinisk praksis, mens de sjeldnere utviklet og brukte kompetansen til aktiviteter som krever organisatorisk tilrettelegging. Studien avdekket også at de kliniske spesialistenes bakgrunn med hensyn til annen utdanning, stillingstittel, vei til godkjenning og arbeidsplass hadde betydning for hvor mye de deltok i og brukte ulike typer aktiviteter.  <i>Konklusjon:</i> For at kliniske spesialisters kompetanse skal bidra til kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen i et lengre perspektiv, må arbeidsgiver i større grad tenke strategisk i forhold til hvordan de kliniske spesialistenes kompetanse skal komme arbeidsplassen til nytte. Det innebærer både at arbeidsgiver stiller krav til, og legges til rette for at de kliniske spesialistene skal vedlikeholder og anvendelse sin kompetanse.	
<b>Nøkkelord:</b> faglig kompetanse, kompetanseutvikling, fagutvikling, klinisk stige, klinisk spesialist	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Anne Grethe Knutheim	<b>Date:</b> 26.09.2010
<b>Title and subtitle:</b> The clinical specialist education. A tool for practice development and building competence?	
<b>Abstract:</b> <i>Purpose:</i> The purpose of this research paper has been to acquire systematic knowledge of how clinical specialists perceive how they maintain and further develop their competence, and how they apply this competence for practice development within their field. This study also was aimed at investigating what factors clinical specialists regard as important for the development of their own competence and for the appliance of this competence for practice development.  <i>Theoretical background</i> Central theory was used to put focus on and operationalize the terms competence and practice development as well as important factors for the development and practical appliance of this competence. In order to operationalize the term practice development a review of literature and conceptual analysis has been done.  <i>Method</i> The study was conducted as a poll where all clinical specialists with at least two years experience (as of September 1st 2009) were included. A structured questionnaire was made based on central theory regarding the terms competence, professional development and practice development and factors important for the development and appliance of this competence.  <i>The results</i> A total of 748 persons answered the questionnaire (response rate: 66.8%). A relatively high share of the clinical specialists agreed that they had managed to maintain their expertise within their specialist field of their education. A relatively high number answered that they used this competence in their practice as clinical specialists, but there was also a high share of the respondents who made little use of this competence in their work. A central finding was that the clinical specialists to a great degree maintained and developed their competence through informal activities in their clinical practice but that they less often developed and used their competence in activities that would require organizational facilitations.  <i>Conclusion</i> In order for the competence of clinical specialists to contribute to the building of competence and practice development in the workplace in a longer perspective, the employer must be able to think strategically of how the competence of the clinical specialists could benefit the workplace. In practice this means that employers both must demand and facilitate an environment where clinical specialists can maintain and develop their competence.	
<b>Key words:</b> competence, professional competence, professional development, practice development, clinical ladder, career ladder	

---

## Forord

Jeg vil først få takke min veileder Ida Torunn Bjørk for konstruktive innspill og positive tilbakemeldinger gjennom hele arbeidsprosessen. Uten din kyndige veiledning og støtte hadde jeg ikke kommet i mål. En stor takk også til Norsk Sykepleierforbund ved fagpolitisk avdeling. Gjennom å gi tilgang til register over kliniske spesialister og ved å gi økonomisk støtte ga dere meg mulighet til å gjøre en landsomfattende spørreundersøkelse av alle sykepleiere med to år eller mer erfaring som klinisk spesialist. En spesielt stor takk til Berit Berg og Lise Færevaaag for at dere viste stor velvillighet til å svare på spørsmål om godkjenningsordningen til klinisk spesialist.

”Mamma er på skolen og arbeider med oppgaven” har blitt et mantra på hjemmebane. Kjære Oskar, Sivert og Geir Thomas. Tusen takk for at dere har holdt ut ett år med en lite tilstedeværende mamma og kone. Min kjære svigerfamilie fortjener også en stor takk. Uten deres støtte og hjelp til barnepass hadde jeg ikke kommet i mål. Tusen takk også til Helge for din hjelp til oversetting av sammendrag til engelsk.

Anne Grethe Knutheim

26. september 2010



# Innhold

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 STUDIENS BAKGRUNN .....	1
1.2 STUDIENS HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	3
1.3 OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	4
<b>2. GODKJENNINGSORDNINGEN FOR Å BLI KLINISK SPESIALIST I SYKEPLEIE OG SPESIALSYKEPLEIE.....</b>	<b>5</b>
2.1 KORT HISTORIE .....	5
2.2 MÅL FOR GODKJENNINGSORDNINGEN .....	6
2.3 KOMPETANSEUTVIKLING GJENNOM UTDANNINGEN TIL KLINISK SPESIALIST .....	7
2.3.1 <i>Kriterier for å bli godkjent som klinisk spesialist</i> .....	7
2.4 VEIEN TIL GODKJENNING SOM KLINISK SPESIALIST .....	10
2.4.1 <i>Klinisk stige som en vei til godkjenning som klinisk spesialist</i> .....	11
2.4.2 <i>Andre veier til godkjenning som klinisk spesialist</i> .....	12
<b>3. TEORETISKE PERSPEKTIVER.....</b>	<b>13</b>
3.1 FAGLIG KOMPETANSE OG KOMPETANSEUTVIKLING .....	13
3.1.1 <i>Perspektiver på faglig kompetanse</i> .....	13
3.1.2 <i>Kompetanseutvikling</i> .....	15
3.1.3 <i>Fagutvikling</i> .....	17
3.1.4 <i>Fagutviklingsaktiviteter</i> .....	20
3.2 FAKTORER AV BETYDNING FOR KOMPETANSEUTVIKLING OG ANVENDELSE AV FAGLIG KOMPETANSE TIL FAGUTVIKLING .....	25
3.2.1 <i>Egenskaper hos yrkesutøveren- indre faktorer</i> .....	25

---

3.2.2	<i>Ytre faktorer- konteksten rundt yrkesutøveren</i>	26
3.3	OPPSUMMERING	30
<b>4.</b>	<b>RELEVANT FORSKNING</b>	<b>32</b>
4.1	<i>FORSKNING PÅ FAGUTVIKLING</i>	32
4.2	FORSKNING PÅ KONTINUERLIGE KOMPETANSEUTVIKLINGSPROGRAMMER	33
4.3	FORSKNING PÅ KLINISK STIGER OG KLINISK SPESIALIST	36
4.3.1	<i>Individuelt utbytte i form av personlig og faglig kompetanse</i>	37
4.3.2	<i>Opprettholdelse og videreutvikling av faglig kompetanse</i>	38
4.3.3	<i>Anvendelse av den faglig kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid</i>	39
4.3.4	<i>Faktorer av betydning for opprettholdelse, videreutvikling og anvendelse av faglig kompetanse til fagutviklingsarbeid</i>	42
4.4	OPPSUMMERING AV RELEVANT FORSKNING	45
<b>5.</b>	<b>DESIGN OG METODE</b>	<b>48</b>
5.1	METODISKE VALG	48
5.1.1	<i>Utvalg</i>	48
5.1.2	<i>Datainnsamlingsmetode</i>	49
5.1.3	<i>Praktisk gjennomføring</i>	50
5.2	UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA	51
5.2.1	<i>Spørsmålsutvikling</i>	53
5.2.2	<i>Layout</i>	55
5.2.3	<i>Svaralternativ</i>	55
5.2.4	<i>Gjennomføring av pilottest</i>	56
5.3	RELIABILITET OG VALIDITET	57
5.3.1	<i>Reliabilitet</i>	57



---

5.3.2	<i>Validitet</i> .....	58
5.4	ETISKE OVERVEIELSER .....	60
5.5	ANALYSE .....	62
5.5.1	<i>Analysestrategi</i> .....	62
5.5.2	<i>Preparering av data</i> .....	65
<b>6.</b>	<b>PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>68</b>
6.1.1	<i>Demografiske data og kontekstuelle data</i> .....	68
6.1.2	<i>Kjønn</i> .....	68
6.1.3	<i>År som autorisert sykepleier/godkjent klinisk spesialist</i> .....	69
6.1.4	<i>Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn</i> .....	70
6.1.5	<i>Arbeidssituasjon</i> .....	70
6.2	VEI TIL GODKJENNING SOM KLINISK SPESIALIST .....	74
6.3	BEGRUNNELSE FOR Å BLI KLINISK SPESIALIST .....	77
6.4	UTBYTTE AV UTDANNINGEN OG KOMPETANSEN SOM KLINISK SPESIALIST .....	80
6.5	KOMPETANSEUTVIKLINGSAKTIVITETER .....	84
6.6	FAGUTVIKLINGSAKTIVITETER .....	88
6.7	PERSONLIGE OG KONTEKSTUELLE PÅVIRKNINGSFAKTORER .....	92
6.8	ANDRE FUNN .....	99
<b>7.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>101</b>
7.1	UTBYTTE AV UTDANNINGEN, OPPRETTTHOLDELSE AV SPISS-KOMPETANSE OG BRUK AV KOMPETANSE TIL FAGUTVIKLING .....	101
7.1.1	<i>Faglig og personlig utbytte</i> .....	101
7.1.2	<i>Spisskompetanse og bruk av kompetanse til fagutvikling</i> .....	102
7.1.3	<i>Forhold av betydning for faglig utbytte og bruk av kompetanse</i> .....	104

---

7.2	HVORDAN UTVIKLER OG ANVENDER DE KLINISKE SPESIALISTENE KONKRET SIN KOMPETANSE	109
7.2.1	<i>Vedlikehold og videreutvikling av kompetanse</i>	110
7.2.2	<i>Anvendelse av kompetanse til fagutvikling</i>	113
7.2.3	<i>Forhold av betydning for utvikling og bruk av kompetanse</i>	115
7.3	FAKTORER SOM I FØLGE KLINISKE SPESIALISTER PÅVIRKER KOMPETANSE- OG FAGUTVIKLING	117
7.4	METODEREFLEKSJON	121
7.4.1	<i>Studiens relevans</i>	121
7.4.2	<i>Spørreskjemaet</i>	121
7.4.3	<i>Analyse</i>	123
8.	<b>KONKLUSJON</b>	<b>124</b>
8.1.1	<i>Hovedfunn</i>	124
8.1.2	<i>Konsekvenser for arbeidsgiver og for NSF</i>	125
8.1.3	<i>Videre forskning</i>	126
	<b>KILDELISTE</b>	<b>127</b>

---

## Vedlegg

- Vedlegg 1 Søknad om tilgang til register over godkjente kliniske spesialister i sykepleie og spesialsykepleie
- Vedlegg 2 Tilråding av at prosjektet gjennomføres, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
- Vedlegg 3 Databehandlingsavtale mellom Norsk Sykepleierforbund og Viascan AS
- Vedlegg 4 Pilottest av spørreskjema
- Vedlegg 5 Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse
- Vedlegg 6 Spørreskjema
- Vedlegg 7 Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse (purrerunde)

---

## Figuroversikt

Figur 1	Syntese av litteraturen – et idealistisk system for kontinuerlig kompetanseutviklingskrav og potensiell nytte.....	34
Figur 2	Samsvar mellom teoretisk fenomen og operasjonell definisjon .....	59
Figur 3	Godkjenning som klinisk spesialist .....	69
Figur 4	Kontekstuelle kompetanseforhold på arbeidsplassen .....	73
Figur 5	Avsatt tid til faglig ajourhold/fordypning per måned .....	74
Figur 6a	Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes sykepleierelevante utdanningsbakgrunn .....	75
Figur 6b	Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes arbeidsplass ved godkjenning .....	76
Figur 6c	Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes stillingstittel .....	76
Figur 7	Begrunnelse for å utdanne seg til klinisk spesialist .....	77
Figur 8	Faglig utbytte av utdanningen, og bruk av kompetansen som klinisk spesialist.....	81
Figur 9	Langsiktig faglig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist .....	82
Figur 10a	Teoretisk orienterte aktiviteter.....	85
Figur 10b	Klinisk orienterte aktiviteter .....	85
Figur 11a	Aktiviteter forbundet med fremming av endring i praks .....	88
Figur 11b	Aktiviteter forbundet med personalutvikling.....	89
Figur 11c	Aktiviteter forbundet med implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis.....	90
Figur 12a	Indre faktorer .....	93
Figur 12b	Lederen .....	94
Figur 12c	Posisjon/arbeidsoppgaver .....	95
Figur 12d	Arbeidsplasskultur .....	96
Figur 12e	Ressurser .....	97

---

## Tabelloversikt

Tabell 1	”Gamle kriterier” for godkjenningsordningen for klinisk spesialist.....	8
Tabell 2	Dagens kriterier for godkjenningsordningen for klinisk spesialist.....	9
Tabell 3	Kategoriene spørreskjemaet er basert på .....	53
Tabell 4	Inndeling av spørsmålene 19, 23 og 25 i gjennomsnittsskår .....	67
Tabell 5	Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn .....	70
Tabell 6	Ansettelsessted ved godkjenning som klinisk spesialist og per dags dato .....	71
Tabell 7	Signifikante forskjeller i begrunnelse for å bli klinisk spesialist relatert til respondentene bakgrunn .....	78
Tabell 8	Parvise forskjeller i begrunnelse for å utdanne seg til klinisk spesialist relatert til respondentenes sykepleierelevante utdanningsbakgrunn.....	79
Tabell 9	Signifikante forskjeller i opplevelse av kortsiktig og langsiktig faglig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist relatert til respondentenes bakgrunn .....	83
Tabell 10	Signifikante forskjeller i skår for teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn.....	87
Tabell 11	Signifikante forskjeller i skår for ulike typer fagutviklings- aktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn.....	91
Tabell 12	Signifikante forskjeller i skår for ulike typer påvirkningsfaktorer relatert til respondentenes bakgrunn .....	98



# 1. Innledning

## 1.1 Studiens bakgrunn

Sykepleieres plikt til å holde seg faglig oppdatert og til å utøve yrket forsvarlig blir understreket fra flere hold (Rammeplan for sykepleierutdanningen, Kunnskapsdepartementet, 2008; Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, Norsk Sykepleierforbund (NSF), 2007; Lov om helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 1999). Kontinuerlig kompetanseutvikling og et livslangt læringsperspektiv er derfor en nødvendig konsekvens av en stadig raskere utvikling i sykepleie- og medisinsk kunnskap, og stadig endring i helsevesenets strategier og systemer (Bjørk, Tørstad, Hansen og Samdal, 2009; NSF, 2005). I Nasjonal helseplan understrekes betydningen av helsetjenestens kompetansestrategi for å få et tilstrekkelig og kompetent helsepersonell, samt av at innholdet i utdanningene er i størst mulig grad i samsvar med oppgavene og utfordringene i den raskt utviklende helsetjenesten (St.prp.nr.1, 2006-2007; HOD, 2007-2010).

Norske sykepleiere hevder gjentatt at muligheter for kompetanseutvikling og deltakelse i kompetanseutviklingsaktiviteter er av stor betydning for deres jobbtilfredshet, og for om de forblir i sine stillinger (Bjørk, Hansen, Samdal, Tørstad og Hamilton, 2007). Klinisk stige og godkjenningsordningen for å bli klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie<sup>1</sup>, er tiltak som gjør det mulig for sykepleiere å utvikle klinisk sykepleiekompetanse, og få den dokumentert og anerkjent (Kvamme og Bjerke, 2003). Ved flere sykehus i Norge tilbys klinisk stige som virkemiddel for systematisk kompetanseutvikling hos sykepleiere (Bjørk et al., 2009; Kvamme og Bjerke, 2003; NSF, 2005).

---

<sup>1</sup> I oppgaven er godkjenning som klinisk spesialist synonymt med godkjenning som klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie gjennom Norsk sykepleierforbund (NSF).

Det hevdes imidlertid at stadig mer avanserte diagnostiserings- og behandlingsintervensjoner, begrensninger i økonomiske ressurser, samt stadig sykere pasienter og stor ”turnover” i pasientbelegg, kan vanskeliggjøre gjennomføring av både organiserte og uorganiserte kompetanseutviklingsaktiviteter (Bjørk et al., 2009). Kompetanseutviklingsprogrammer som klinisk stigeprogrammer er dessuten kostbare, og i økonomiske nedgangstider stilles spørsmål om deres effekt. Noen sykehus velger derfor å legge ned programmene (ibid).

I Sintef-rapporten ”Stykkevis og helt – sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet” ble erfarne sykepleiere beskrevet som betydningsfulle for opplæring av nyansatte på sykehus. Samtidig viste rapporten at erfarne sykepleiere var minst fornøyd med muligheten for videreutvikling og de savnet faglige utfordringer (Vareide, Hofseth, Norvoll og Røhme, 2001). Forfatterne konkluderte med at den største utfordringen for avdelingene var å sikre at sykepleierne med lang erfaring fikk oppfølging i form av mulighet for etterutdanning, men også i form av nye faglige utfordringer. Klinisk stige og godkjenningsordningen for klinisk spesialist i sykepleie og spesialsykepleie gir erfarne sykepleiere mulighet til å utvikle sin kompetanse uten å måtte fjerne seg fra klinisk arbeid (Kvamme og Bjerke, 2003). Tidligere norske studier om klinisk stige, viser at deltakerne i stor grad opplever at de utvikler sin faglige kompetanse underveis i klinisk stige (Andersen, 1997; Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004). Studier viser også til at deltakerne opplever at de anvender den faglige kompetansen som rollemodell, i veiledning og annet fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen (Bjørk et al., 2007; Samdal, 2004). Ledere, kollegaer og kontekstuelle forhold har imidlertid betydning for om og i hvor stor grad deltakerne opplever at de anvender den faglige kompetansen (Bjørk et al., 2007; Tørstad og Bjørk, 2007; Samdal, 2004). Få studier har undersøkt den ferdigutdannede kliniske spesialisten (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007), og hvordan han/hun på sikt vedlikeholder, videreutvikler og anvender den faglige kompetansen opparbeidet gjennom klinisk stige.



Kontinuerlige kompetanseutviklingsprogram har som mål å stimulere til kontinuerlig kompetanseutvikling (Ellis og Nolan, 2005). I godkjenningsordningen for klinisk spesialist skisseres det mål om at arbeidet for å bli klinisk spesialist skal stimulere til individuell faglig utvikling som i sin tur skal bidra til spisskompetanse hos den kliniske spesialisten og et kreativt og faglig stimulerende arbeidsmiljø (NSF, 2005). Etter min mening er det derfor betydningsfullt å finne ut hvordan de kliniske spesialistene opplever at de fortsetter å vedlikeholde, videreutvikle og anvender sin kompetanse som klinisk spesialist, spesielt i lys av at det i økonomiske nedgangstider blir stilt spørsmål om effekten av kompetansehevende tiltak som klinisk stige (Bjørk et al., 2009).

## 1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er derfor å få systematisk kunnskap om hvordan kliniske spesialister selv opplever at de vedlikeholder og videreutvikler kompetansen de opparbeidet seg gjennom arbeidet for å bli klinisk spesialist, og om hvordan kliniske spesialister opplever at de bruker kompetansen til fagutviklingsarbeid. Studien har også til hensikt å undersøke hvilke faktorer kliniske spesialister oppfatter som betydningsfulle for vedlikehold, videreutvikling og anvendelse av kompetansen som klinisk spesialist. Mine forskningsspørsmål er derfor som følger:

1. Oppfatter kliniske spesialister at de fortsatt har spisskompetanse innen sitt fordypningsområde, og at de bruker sin kompetanse som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid?
2. På hvilke måter oppfatter kliniske spesialister at de vedlikeholder og videreutvikler sin faglige kompetanse som klinisk spesialist?
3. På hvilke måter oppfatter kliniske spesialister at de anvender kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid?

4. Hvilke faktorer oppfatter kliniske spesialister som betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen?

## 1.3 Oppbygging av oppgaven

Oppgavens videre inndeling er som følger:

- kapittel 2: Norsk Sykepleierforbunds Godkjenningsordning for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. Her belyses godkjenningsordningens; historie, mål, kompetanseutviklingsmodell og veien til godkjenning.
- kapittel 3: Teoretiske perspektiver. Her belyses teoretiske perspektiver på faglig kompetanse, kompetanseutvikling og fagutvikling. I tillegg belyses faktorer av betydning for kompetanseutvikling og for bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid.
- kapittel 4: Relevant forskning. Her belyses studier om fagutvikling, kompetanseutviklingsprogrammer generelt og klinisk stige/kliniske spesialister spesielt.
- kapittel 5: Design og metode. Her redegjøres for metodiske valg; utvalg, utarbeiding av spørreskjema, reliabilitet/validitet, etiske overveielser og analysestrategier.
- kapittel 6: Funn. Her belyses funn gjennom analyser i SPSS.
- Kapittel 7: Diskusjon.
- Kapittel 8: Konklusjon.

## **2. Godkjenningsordningen for å bli klinisk spesialist i sykepleie og spesialsykepleie**

### **2.1 Kort historie**

Arbeidet med utarbeiding og utprøving av godkjenningsordningen for kliniske spesialister i sykepleie ble startet av Norsk Sykepleierforbund (NSF) på midten av 1980-tallet. Det første prøveprosjektet ble etablert med bedriftssykepleiere og psykiatriske sykepleiere i 1992 (NSF, 1997a). Prosjektet hadde sin bakgrunn i et ønske om å synliggjøre sykepleiernes realkompetanse, og å gjøre det mulig for den enkelte sykepleier å kvalifisere seg som spesialist i klinisk sykepleie gjennom uformell videreutdanning og kompetansegivende arbeid (ibid). I 1996 ble godkjenningsordningen permanent etablert for sykepleiere uten videreutdanning (nivå 1), og for jordmødre, bedriftssykepleiere og psykiatriske sykepleiere (nivå 2) (NSF, 2004). I 1998 fikk også sykepleiere med andre typer videreutdanning (anestesi, intensiv, helsesøster m.fl.) mulighet til å utdanne seg til klinisk spesialist (ibid).

På bakgrunn av flere lover og utredninger som understreket behovet for kompetanse i helsevesenet, og arbeidsgivers og arbeidstakers ansvar for å vedlikeholde og utvikle yrkesutøvernes kompetanse<sup>2</sup>, samt politiske utspill i forhold til utdanning av sykepleiere, har godkjenningsordningen blitt evaluert og revidert flere ganger, sist i mai 2004 (gjeldende fra januar 2005) (NSF, 2005).

---

<sup>2</sup> (Lov om helsepersonell, HOD, 2001; Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001), HOD, 1999; Stortingsmelding nr. 42 (1997-1998), Kunnskapsdepartementet, 1997; NOU:25, Kunnskapsdepartementet, 1997),

## 2.2 Mål for godkjenningsordningen

Den overordnede hensikten med godkjenningsordningen var fra etablering i 1986, å gi sykepleiere i klinisk arbeid mulighet for systematisk faglig fordypning og kompetanseutvikling (NSF, 1997a). Samtidig hadde ordningen som mål å synliggjøre den enkelte sykepleiers klinisk oppnådde kompetanse og erfaring, samt at kompetansen skulle verdsettes i form av status og lønnsuttelling (NSF, 1997a, 1997b).

Gjennomgang av dokumenter omkring godkjenningsordningen fra perioden 1997 til 2005, viser at mål om kompetanseutvikling gradvis har blitt mer tydeliggjort fram mot dagens ordning, blant annet ved at en teoretisk referanseramme for kompetanse er lagt til grunn for de nyeste kriterier for godkjenningsordningen (NSF, 1997b; 1998; 2003), og ved at det i dagens ordning er angitt både individuelle og organisatoriske kompetansemål (NSF, 2005). På individplan skisseres mål om at den enkelte sykepleier/spesialsykepleier<sup>3</sup> skal utvikle sin faglige kompetanse i henhold til virksomhetens (arbeidsgiver) spesifikke behov for kompetanse og krav til kvalitet, slik at pasienten sikres sykepleie av høy kvalitet. På organisasjonsnivå skisseres mål om at det målrettede og systematiske programmet skal stimulere arbeidstaker og arbeidsgiver til kompetanseutvikling som i sin tur vil bidra til et kreativt og faglig stimulerende miljø på arbeidsplassen (NSF, 2005).

Det skisseres også mål for hva en klinisk spesialist skal være, og hvordan sykepleieren skal utvikle sin kompetanse for å bli klinisk spesialist:

En klinisk spesialist i sykepleie har høy grad av funksjonsdyktighet i utøvelse av klinisk sykepleie innen sitt område, og innehar en spisskompetanse rettet mot et begrenset fagområde. Kompetanse som klinisk spesialist i sykepleie innebærer at sykepleier utvikler sin kliniske kompetanse ved fordypning innen et av ulike områder i det kliniske feltet. Funksjonsområdet til den kliniske spesialisten avtales lokalt med arbeidsgiver (NSF, 2005, s 4).

---

<sup>3</sup> Videre i oppgaven brukes sykepleier om både sykepleier og spesialsykepleier bortsett fra der det spesifikt undersøkes forskjeller mellom sykepleier og spesialsykepleier.

## 2.3 Kompetanseutvikling gjennom utdanningen til klinisk spesialist

Godkjenningsordning for klinisk spesialist i sykepleie kan forstås som et rammeverk for etterutdanning i klinisk praksis. For å nå målene om faglig utvikling, kvalitets-sikring og spisskompetanse er det utarbeidet en kompetanseutviklingsmodell for systematisk etter- og videreutdanning nært knyttet til klinisk praksis, der Kirkevold (1996) brukes som teoretisk referanseramme (NSF, 2005). Derav oppfattes at kompetanse i sykepleie omfatter teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Kompetanseutvikling oppfattes som en prosess som skjer over tid. I prosessen integreres de ulike kunnskapene i sykepleierens personlige kompetanse på en slik måte at det får innvirkning på vedkommendes praktiske utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 1996; NSF, 2005). Inspirert av Benner (1996) hevder NSF (2005) at den kliniske spesialisten skal ha et høyt funksjonsnivå i forhold til målgruppen hun/han jobber med. For å oppnå et høyt funksjonsnivå er det vesentlig med vekslings mellom teori, klinisk arbeid og refleksjon over praksis (ibid).

### 2.3.1 Kriterier for å bli godkjent som klinisk spesialist

For å bli godkjent som klinisk spesialist stilles det krav til at sykepleieren tar aktivt del i læringsprosessen og utvikler sin kliniske kompetanse ved fordypning innen et område i det kliniske feltet (NSF, 2005). Kompetanseutviklingsmodellen er derfor basert på at utvikling av kompetanse skal skje gjennom en kombinasjon av komponentene; klinisk praksis, veiledning, teoretisk fordypning (kurs/undervisning og litteratur) og faglig prosjekt (se figur 2).

Kliniske spesialister som fikk sin godkjenning innen 1. desember 2007 blir innlemmet i studien. Søkere som påbegynte etterutdanningsprogram innen utgangen av 2004, kan i en overgangsperiode søke godkjenning som klinisk spesialist etter "gamle" kriterier (se tabell 1), inntil utgangen av år 2006 (NSF, 2005). De fleste respondentene i studien vil

derfor være godkjent som klinisk spesialist etter ”gamle” kriterier. Siden det er en glidende overgang mellom ”gammel” og ”ny” godkjenningsordning vil det antageligvis også være kliniske spesialister godkjent etter dagens ordning med i studien. Jeg har derfor valgt å skissere kriteriene for godkjenning i to tabeller; ”gamle kriterier” (tabell 1) og dagens kriterier (tabell 2). Ut fra at kompetanseutviklingsmodellen er relativt like for ”gammel” og ”ny” godkjenningsordning, blir komponentene nøye skissert i tabell 2.

Tabell 1

”Gamle kriterier” for godkjenningsordningen for klinisk spesialist (gjeldende inntil 12/2004).

KRITERIER FOR OPPBYGGING AV KOMPETANSE I GODKJENNINGSORDNINGEN				
- ”gammel ordning”-				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Felles kriterier for nivå I (uten videreutdanning) og nivå II (med videreutdanning).</li> </ul>				
Klinisk praksis	Veiledning	Teori/Kurs	Litteratur	Skriftlig arbeid
Minimum 5 år.	120 timer/ (200 timer for psykiatriske sykepleiere).	150 timer/ (80 timer for psykiatriske sykepleiere).	4000 sider relevant litteratur.	Maksimum 15 maskinskrevne sider i A4-format.

Tabell 2

Dagens kriterier for godkjenningsordningen for klinisk spesialist (gjeldende fra januar 2005).

RAMMEVERK FOR OPPBYGGING AV KOMPETANSE ETTER DAGENS GODKJENNINGSORDNING		
Felles bakgrunn: Grunnutdanning i sykepleie/ bachelorgrad i sykepleie		
Alternativ I	Alternativ II	Alternativ III
<ul style="list-style-type: none"> <li>Søkeren har grunnutdanning i sykepleie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Søkeren har videreutdanning i sykepleie 30-59 studiepoeng)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Søkeren har videreutdanning i sykepleie 60- 120 poeng.</li> </ul>
<b>Klinisk praksis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Minimum 5 år relevant praksis inkludert eventuell videreutdanning</li> <li>2/3 pasientrettet/klientrettet arbeid.</li> <li>Søkeren skal ha arbeidet tverrfaglig, veiledet/ undervist egen og andres yrkesgruppe, pasienter/klienter individuelt eller i gruppe og deltatt i arbeid med å videreutvikle eget fagområde.</li> </ul>		
<b>Veiledning</b>		
150 timer	120 timer	120 timer.*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Krav om deltakelse i systematisk individuell klinisk veiledning (eventuelt hospitering) med vekt på refleksjon før, under og etter utøvelse av sykepleie til aktuell målgruppe, og deltakelse i prosess og relasjonsorientert gruppeveiledning med utgangspunkt i konkret praksiserfaring og med hovdefokus på sykepleieren som fagperson.</li> </ul>		
<b>Teoretisk fordypning (etterutdanning)</b>		
150 timer	100 timer	75 timer *
<ul style="list-style-type: none"> <li>Innebærer krav om: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kursdeltakelse: <ul style="list-style-type: none"> <li>Anbefalt at halvparten er direkte relatert til pasient/klientrettet sykepleie</li> <li>I tillegg anbefales kurs relatert til vitenskapsteori/ forskningsmetode og andre sykepleie-relevante tema.</li> </ul> </li> <li>Litteraturstudier: <ul style="list-style-type: none"> <li>Søkeren må dokumentere litteraturstudier på ca. 4000 sider.</li> <li>Halvparten bør være relevant for pasientrettet sykepleie innenfor området vedkommende ønsker å fordype seg i, og deler av litteraturen må være nyere fagartikler.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		
<b>Faglig prosjekt</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Krav om: <ul style="list-style-type: none"> <li>sykepleiefaglig fokus, og utgangspunkt i problemstillinger innen et område søkeren ønsker å fordype seg i.</li> <li>bruk av forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, og integrering av teori og praksis</li> </ul> </li> <li>Arbeidet må ikke være eldre enn 5 år (avsluttende skriftlig arbeid fra annen videreutdanning i sykepleie godkjennes ikke som faglig prosjekt).</li> <li>Alternative former for faglig prosjekt: <ul style="list-style-type: none"> <li>Faglig utviklingsarbeid</li> <li>Fagartikkel publisert i anerkjent fagblad</li> <li>Video inkludert prosjektbeskrivelse</li> <li>Utstilling som inkluderer prosjektbeskrivelse</li> <li>Skriftlig fordypningsarbeid, en litteraturstudie.</li> </ul> </li> </ul>		

\* For å bli klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie stilles krav om veiledning minimum 200 timer. For å bli klinisk spesialist innen tverrfaglig videreutdanninger som for eksempel psykisk helsevern og bedriftssykepleie kreves fagspesifikk teoretisk fordypning på 100 timer.

Som vist i tabellene 1 og 2, er gamle nivå I og II erstattet med alternativ 1, 2 og 3 dagens godkjenningsordning, og lengden på videreutdanningen er avgjørende for hvilket alternativ som gjelder for søkeren (2 eller 3). Nytt i dagens ordning er også at lengden på annen videreutdanning (antall år), kan inkluderes i kravet om femårig klinisk praksis. I dagens ordning er også antall veiledningstimer og etterutdanning for sykepleiere med videreutdanning justert. Til forskjell fra ”gammel ordning”, er det spesifisert krav til at 50 % av valgt litteratur bør være relevant for pasientrettet arbeid innen aktuelt fordypningsområdet. Krav om skriftlig arbeid er endret til krav om fordypning i faglig prosjekt i dagens godkjenningsordning. Det har gitt sykepleieren mulighet til å velge andre fordypningsformer enn skriftlig arbeid (tabell 2).

Foruten endringene vist i tabellene har det blitt krav om treårig medlemskap i NSF for å kunne søke om godkjenning som klinisk spesialist (NSF, 2004). I tillegg er det etter dagens godkjenningsordning mulig for arbeidsplassene å få forhåndsgodkjent arbeidsplassens interne kompetanseutviklingsprogrammer- /klinisk stigeprogrammer som meritterende for å bli klinisk spesialist (NSF, 2005).

## 2.4 Veien til godkjenning som klinisk spesialist

Godkjenning som klinisk spesialist kan oppnås på flere alternative måter (NSF, 2005; Kvamme og Bjerke, 2003). Disse beskrives nærmere i punktene under. I oppgaven er Kvamme og Bjerkes (2003) inndeling av kliniske spesialistene i tre hovedgrupper brukt som utgangspunkt for spørsmål om vei til godkjenning som klinisk spesialist.

- De som har samlet inn dokumentasjon på praksis/kurs etc. de hadde fra før
- De som har planlagt og gjennomført et program på egenhånd
- De som har fulgt et program organisert av arbeidsgiver (klinisk stige e.l.)



Videre i oppgaven brukes ”vei til godkjenning som klinisk spesialist” og ”arbeidet for å bli klinisk spesialist” om hverandre. På samme måte brukes ”utdanningen til klinisk spesialist” om alle veiene til godkjenning som klinisk spesialist.

#### **2.4.1 Klinisk stige som en vei til godkjenning som klinisk spesialist**

Terminologien kliniske stige omfavner programmer med forskjellige mål, innhold og design (Bjørk et al., 2007). Hovedskillet går mellom stiger som primært anerkjenner og belønner ferdigheter i sykepleiepraksis i etterkant, og stiger der målet er å fremme læring og utvikling av god praksis (ibid). De første kliniske stigenes (clinical ladders) ble utviklet og implementert på sykehus i USA tidlig på 1970-tallet (Buchan, 1999). Gjennom å anerkjenne, belønne og utvikle klinisk faglig kompetanse og erfaring, hadde stigenes som mål å bevare sykepleierne i klinikken, fremme kompetanseutvikling og forbedre kvalitet på pasientpleie (Buchan, 1999; Bjørk et al., 2007).

I Norge ble kliniske stiger introdusert ved flere sykehus på slutten av 1990-tallet for å rekruttere og beholde sykepleiere som et virkemiddel mot sykepleiermangel (Bjørk et al., 2007). Basert på kliniske stiger i USA, ble den første kliniske stigen i Norge introdusert på Diakonhjemmet sykehus i 1994 (Andersen, 1997). Siden klinisk stige ble introdusert i Norge, har designet på de kliniske stigenes utviklet seg fra anerkjennelsessystemer til dagens utdanningssystemer for utvikling av kompetanse (Bjørk et al., 2007; Kvamme & Bjerke, 2003). En medvirkende årsak til endringen var at NSF i 1996 skisserte hvordan sykepleiere gjennom ett 5 årig klinisk program for kontinuerlig utvikling i sykepleie, kunne bli godkjent som klinisk spesialist.

For at deltakerne i lokale kliniske stiger skal bli godkjent som klinisk spesialist, og for at lokale programmer skal bli forhåndsgodkjent av NSF, må arbeidsgiver tilpasse den lokale stigen til NSF sine spesifikke kriterier for kompetanseutvikling (Bjørk et al., 2007). Det stilles også krav til høy kompetanse og pedagogisk utdanning/erfaring hos den faglig ansvarlige lederen (NSF, 2005). I følge Bjørk et al. (2007) har NSF sine nasjonale kriterier for klinisk spesialist, på tross av lokale varianter av organisering og

innhold, resultert i relativt like program i hele Norge, i motsetning til kliniske stiger i andre land.

### **2.4.2 Andre veier til godkjenning som klinisk spesialist**

Mange arbeidsgivere har ikke forhåndsgodkjente programmer for kompetanseutvikling. I så fall er det mulig å opparbeide kompetansen for å bli klinisk spesialist gjennom et individuelt løp der man planlegger og gjennomfører et eget program. Det er også mulig å delta på forhåndsgodkjente kurs og få godkjent dokumentasjon på praksis/veiledning/kurs/litteratur i etterkant. NSF stiller imidlertid krav til at kurs/veiledning/litteratur ikke skal være eldre enn fem år (fagansvarlig for godkjenningsordningen, NSF, 2010). I tillegg er det mulig å kombinere de ulike veiene, ved å samle dokumentasjon på elementer av programmet sykepleierne har fra før, og planlegge et eget program for gjennomføring av resten. Dersom arbeidsgivers program ikke fullt ut dekker NSF sine krav, kan sykepleieren fullføre resten av kravene til godkjenning på egenhånd. Det er også mulig å komplementere et individuelt program med å gjennomføre deler av et organisert program (Kvamme & Bjerke, 2003). Uavhengig av hvilken vei sykepleieren har valgt, er søknaden for å bli klinisk spesialist i utgangspunktet individuell. Det innebærer at sykepleieren må levere en individuell søknad til NSF om godkjenning som klinisk spesialist (NSF, 2005).

### **3. Teoretiske perspektiver**

I dette kapitlet presenterer teori om følgende begreper i forskningsspørsmålene; - faglig kompetanse, - vedlikehold/videreutvikling av faglig kompetanse, - fagutvikling og - faktorer av betydning for kompetanseutvikling og for fagutvikling.

I del 3.1 presenteres perspektiver ved begrepet faglig kompetanse og vedlikehold/videreutvikling av faglig kompetanse. I oppgaven er begrepet kompetanseutvikling synonymt med vedlikehold og videreutvikling av faglig kompetanse. Del 3.2 omhandler begrepet fagutvikling, mens jeg vil belyse faktorer som kan ha betydning for kompetanseutvikling og fagutvikling under ett i del 3.3.

#### **3.1 Faglig kompetanse og kompetanseutvikling**

For å få tak i relevant teori om faglig kompetanse og kompetanseutvikling er det søkt i BIBSYS og databasene CINAHL, Medline og Embase med søkeordene: faglig kompetanse, kompetanseutvikling, professional development og competence development. I tillegg har jeg fått råd fra veileder og brukt referanser i oppgaver som omhandler faglig kompetanse og kompetanseutvikling i sykepleien. Tekstene til Eraut (1994), Nygren (2004) og Kirkevold (1996) er grunnlaget i mitt teoretiske perspektiv om faglig kompetanse og kompetanseutvikling. I tillegg har jeg komplementert med Engelund (2003) i forhold til konkrete eksempler på kompetanseutvikling i sykepleie.

##### **3.1.1 Perspektiver på faglig kompetanse**

Begrepet kompetanse kan ha flere ulike betydninger (Eraut, 1994; Nygren, 2004). I min oppgave er fokus på kompetansen sykepleieren har opparbeidet seg gjennom utdanningen til klinisk spesialist. Eraut (1994) bruker profesjonell kompetanse om yrkesutøvernes kompetanse, mens Nygren (2004) bruker begrepet profesjonell

handlingskompetanse. Innen sykepleieprofesjonen forstår jeg sykepleiefaglig kompetanse (Bjørk, Helseth og Nortvedt, 2002), og faglig kompetanse som sykepleier det samme som profesjonell kompetanse. Videre i oppgaven vil jeg hovedsaklig bruke begrepet faglig kompetanse.

Eraut (1994) innlemmer kunnskaper, ferdigheter og verdier som sentrale elementer i profesjonell kompetanse, og han hevder at en persons faglige kompetanse minimum kan deles i to dimensjoner; rekkevidde og kvalitet. Ut fra at forfatteren skiller mellom total kompetanse og spesiell kompetanse innen et felt, forstår jeg at rekkevidden av sykepleierens faglige kompetanse kan forstås generelt som de roller, oppgaver, problemer og situasjoner der det er forventet og allment anerkjent at sykepleieren i kraft av sin profesjon skal kunne håndtere eller fungere, men også relatert til det eller de spesifikke områdene sykepleieren har sin kompetanse som følge av arbeidserfaring, teoretisk fordypning med mer. Eraut (1994) hevder videre at den profesjonelle yrkesutøveren gjennom karrieren vil endre rekkevidden av sin kompetanse til å bli mer spesialisert, men også utvide rekkevidden ved å bevege seg inn i nye utviklingssområder, - eksempelvis gjennom å bytte avdeling, stilling med mer.

Med kvalitetsdimensjonen forstår jeg i hvilken grad yrkesutøveren er kompetent innenfor sine kompetansefelt, jamfør Benners (1995) kompetansenivåer fra novise til ekspert. Eraut (1994) hevder at en yrkesutøver sjelden har samme kompetansenivå innenfor alle rollene og oppgavene vedkommende er kvalifisert til, men at yrkesutøveren gjennom den profesjonelle karrieren konstant vil utvikle kvaliteten i sitt arbeide. Den kliniske spesialisten skal ut fra målsetningen for godkjenningsordningen ha opparbeidet seg spisskompetanse innenfor et begrenset fagområde, på bakgrunn av en kombinasjon av teoretisk og faglig fordypning innenfor feltet, klinisk praksis og veiledning. Vedkommende kan således potensielt være ekspert innenfor et begrenset fagområde eller deler av et fagområde.

Nygren (2004) vektlegger kompetanse som en aktiv handling. Foruten yrkesrelevante kunnskaper og ferdigheter hevder forfatteren at yrkesutøverens handlingskompetanse

innbefatter yrkesutøverens yrkesidentitet (det vil si de meninger, ideologier, verdier som er med å styre vedkommendes praksis) og yrkesutøverens kontroll over relevante ytre betingelser (for eksempel tilgang og innflytelse på faglige ressurser). Forfatteren hevder videre at yrkesutøverens samlede personlige og profesjonelle (faglige) kompetanse til sammen utgjør vedkommendes handlingsgrunnlag (handlingsberedskap) som potensielt kan bli operativ, kontekstspesifikk handlingskompetanse. For at yrkesutøverens handlingsberedskap skal kunne bli handlingskompetanse må yrkesutøveren ha evne til å omforme, tilpasse og anvende de delene av den allmenne potensielle kompetansen som er aktuelle og relevante i forhold til kompetansekravene i den aktuelle handlingskonteksten (Nygren, 2004). I denne omformingsprosessen fra potensiell handlingskompetanse til operativ kontekstspesifikk handlingskompetanse, vil kompetanseelementene (kunnskaper, ferdigheter, kontroll over ytre betingelser, yrkesidentitet og handlingsberedskap) påvirke og forsterke hverandre ut fra konteksten der den aktuelle handlingskompetansen blir brukt (ibid).

Kirkevold (1996) bruker begrepet personlig kompetanse om den helhetlige konstellasjonen av teoretiske, praktiske og etiske kunnskaper yrkesutøveren innehar. For at de ulike kunnskapene skal kunne integreres til en helhetlig personlig kompetanse som kan påvirke sykepleierens yrkesutøvelse og kunnskapsanvendelse, vektlegger forfatteren intuisjon, erfaring og evne til refleksjon og kritisk tenkning. I likhet med Nygren (2004), hevder Kirkevold (1996) at kompetanse ikke er generell, men knyttet til en bestemt type oppgaver og situasjoner, og at kompetanse ikke bare innebærer å ha konkrete kunnskaper og ferdigheter, men også det å ha evnen til å bruke aktuelle kunnskaper og ferdigheter på en effektiv og god måte i konkrete situasjoner.

### **3.1.2 Kompetanseutvikling**

Kompetansen yrkesutøveren erverver seg gjennom utdanning er bare et fundament å bygge videre på (Engelund, 2003; Kirkevold, 1996; Nygren, 2004; Rammeplan for sykepleierutdanning, Kunnskapsdepartementet, 2008), og faglig oppdatering og

videreutvikling av kompetanse er nødvendig for å utøve yrket forsvarlig og for å møte arbeidsgivers krav til kvalitet (NSF, 2005).

Utviklingen som profesjonell person skjer i følge Nygren (2004) i en kontinuerlig prosess i samspill med omgivelsene. Forfatteren hevder videre at yrkesutøveren utvikler sine personlig, faglige handlingskompetanser gjennom deltakelse på ulike formelle og uformelle læringsarenaer (omtalt som privatsfæren, utdanningssfæren og yrkessfæren) i samspill med omverdenen. Foruten utvikling av yrkesaktuelle kunnskaper og ferdigheter gjennom læring på ulike læringsarenaer, innebærer utvikling av faglig handlingskompetanse også utvikling av yrkesidentitet gjennom sosialisering. I tillegg handler utvikling av handlingskompetanse om yrkesutøverens streben mot å mestre sine omgivelser ved å få kontroll over yrkesrelaterte betingelser (for eksempel innflytelse eller adgang til ressurser), og om utvikling av beredskap til å kunne handle innenfor forskjellige kontekster (ibid).

Grovt beskrevet skjer utvikling av kompetanse gjennom aktiv eller passiv læring (Nygren, 2004), og læring skjer gjennom tre hovedkilder; publikasjoner, praktisk erfaring og mennesker (Eraut, 1994). Passiv læring kan i følge Nygren (2004) eksempelvis skje ved at kunnskap formidles til den lærende gjennom kurs, undervisningsprogrammer og etterutdanning på og utenfor arbeidsplassen, mens aktiv læring finner sted ved at den lærende aktivt deltar i en læringsaktivitet, for eksempel ved medlæring og refleksjon sammen med en annen sykepleier i praksis (ibid). Andre eksempler på aktiv læring gjennom ulike kilder kan for eksempel være faglig diskusjon, fordypning i litteratur, veiledning i praksis, studiebesøk og gjennomføring av faglige prosjekt eller utviklingstiltak i praksis (Engelund, 2003). Kompetanseutviklingsmodellen for å bli klinisk spesialist er således basert på både passiv læring (for eksempel gjennom kursdeltakelse) og aktiv deltakelse (for eksempel gjennom krav til prosjektarbeid, faglig veiledning og litteraturfordypning) gjennom ulike kilder.

Selv om skillet mellom aktiv og passiv læring er hensiktsmessig for å systematisere, må lærings-/kompetanseutviklingsaktiviteter etter min forståelse både innbefatte passiv

og aktiv læring dersom læringsaktiviteten skal bli en personlig kompetanse jf. Kirkevold (1996). Kursdeltakelse vil for eksempel ikke gi økt kompetanse dersom ikke kursdeltakeren aktivt forsøker å forstå og reflektere over kunnskapen som blir formidlet.

### **3.1.3 Fagutvikling**

Jeg forstår fagutvikling i sykepleiesammenheng som utvikling av sykepleie som fag. Begrepet er imidlertid ikke definert i norske ordbøker/fremmedordbøker (søk på ordnett.no). Flere har imidlertid skrevet om fagutvikling som en del av kompetansebegrepet og i forbindelse med kvalitetsutvikling (Bjørk og Solhaug, 2008; Engelund, 2003; Granum og Solvoll, 2006; Rammeplan for sykepleierutdanningen, Kunnskapsdepartementet, 2008). Siden begrepet fagutvikling på norsk framstår som udefinert og ullent, har jeg valgt og komplementere med engelskspråklige begrepsanalyser og systematiske gjennomganger av begrepet (Garbett og McCormack, 2002; McSherry og Warr, 2006; Manley og McCormack, 2003). I følge databasen CINAHL og engelsk-norsk ordbok er ”professional development” synonymt med fagutvikling, men ut fra litteraturgjennomgang forstår jeg imidlertid begrepet som mer dekkende for utvikling av faglig kompetanse på individnivå. Ut fra en forforståelse av at fagutvikling har med utvikling av faget å gjøre, forstår jeg ”practice development” som best dekkende for innholdet i begrepet fagutvikling.

Garbett og McCormack (2002) har gjort en begrepsanalyse basert på systematisk gjennomgang av litteratur om begrepet fagutvikling (practice development) i Storbritannia, samt fokusgruppeintervju med fagutviklingssykepleiere og intervju med kliniske sykepleiere involvert i fagutvikling. Ut fra begrepsanalysen ble følgende definisjon av fagutvikling utledet:

Practice development is a continuous process of improvement toward increased effectiveness in patient-centered care. This is brought about by helping health-care teams to develop their knowledge and skills and to transform the culture and context of care. It is enabled and supported by facilitators committed to systematic, rigorous continuous processes of emancipatory change that reflects the perspectives of service-users (Garbett og McCormack, 2002, s. 88).

Forfatterne definerer altså fagutvikling som en kontinuerlig forbedringsprosess med mål om økt effektivitet i pasientrettet pleie (Garbett og McCormack, 2002). Med utgangspunkt i en kritisk dybdegjennomgang og syntese av litteratur omkring fagutviklingsbegrepet, knytter McSherry og Warr (2006) fagutvikling til systematisk og helhetlig utvikling og evaluering av praksis der målet er fornying og endring av praksis (både på individ-, gruppe - og organisasjonsnivå).

Sykepleiernes fagutviklende funksjon diskuteres både av Engelund (2003) og Granum og Solvoll (2006). I likhet med McSherry og Warr (2006) hevder forfatterne at utvikling av sykepleien som fag handler om systematisk å sette egen og andres sykepleiepraksis i et større perspektiv for å utvikle sykepleietjenesten. I en bok som omhandler prosjektarbeid som en måte å drive fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie, blir økt kvalitet i sykepleien til pasientene trukket fram som mål for fagutvikling og forskning (Bjørk og Solhaug, 2008).

Ut fra en litteraturgjennomgang av begrepet fagutvikling, hevder Manley og McCormack (2003) at fagutvikling (practice development) grovt kan deles i to ulike retninger; technical (teknisk) og emancipatory (frigjørende) fagutvikling. I følge forfatterne har begge retningene sin bakgrunn i kritisk sosial teori, og forfatterne hevder at målet for både teknisk og frigjørende retning er å oppnå best/bedre praksis. Veien til målet er imidlertid forskjellig (ibid).

Innen teknisk retning er fokus på enkeltstående tekniske endringer der personalet sees på som et instrument for å nå målet. Utstyrt med tekniske kunnskaper og ferdigheter antas det at faget og praksis vil forbedres (Manley og McCormack, 2003). Konkrete eksempler på teknisk fagutvikling kan være implementering av evidensbaserte retningslinjer for å utvikle personalets kunnskap og skape en standard for praksis, og



utvikling av individuell kompetanse til å utøve spesielle oppgaver (ibid). Forfatterne hevder videre at evaluering er ett viktig aspekt ved teknisk (technical) fagutvikling, og at det skjer gjennom måling av effekt av tiltak, for eksempel innføring av regime for smertelindring basert på evidens, og evaluering av pasientens opplevelse av smerte målt gjennom VAS-skala (Manley og McCormack, 2003).

Frigjørende fagutviklingsretning fokuserer på hele det sosiale systemet så vel som individets og gruppens egen praksis (Manley og McCormack, 2003). Forfatterne hevder videre at å skape en kontekst og kultur der personalet hjelpes til å bli klar over og fri fra ”tatt for gitt ” holdninger til praksis og organisasjonssystemet rundt er sentralt innen denne retningen, og ansvarlighet for egne handlinger, refleksjon, og betydningen av et opplyst personale vektlegges. Som innen den tekniske retningen vektlegges evaluering, men ikke bare som måling av årsak / virkning. Like viktig er evaluering av personalets kollektive utvikling og evaluering av kulturen der fagutvikling finner sted (ibid).

Garbett og McCormack (2002) sin definisjon av fagutvikling har etter min forståelse, både et teknisk og frigjørende fokus ved at fagutvikling både dreier seg om utvikling av personalets kunnskaper og ferdigheter og om systematisk frigjørende endring av kultur/kontekst for pleie er forutsetninger for forbedring. For å muliggjøre kontinuerlig forbedring og systematisk endring trekker definisjonen fram betydningen av at støttespilleres/tilretteleggeres hjelper personalet til å utvikle sin kompetanse og til å endre kulturen og konteksten for pleie. Med støttespillere forstår jeg for eksempel sykepleiere som har et formelt eller uformelt fagutviklingsansvar.

Med utgangspunkt i Garbett og McCormack (2002) sin definisjon av fagutvikling, handler etter min forståelse ikke fagutvikling om enten teknisk eller frigjørende fagutvikling. Jeg anser begge aspektene for å være viktige deler av fagutvikling. For å få til en kollektiv kompetanseheving hos personalet som helhet, og for å etablere en kontekst og kultur for endring, er det etter min mening en premiss at personalet

utvikler individuelle ferdigheter, men uten overordnet, helhetlig fokus og mål vil ikke enkeltstående fagutviklingstiltak føre til varige forbedringer i praksis.

### **3.1.4 Fagutviklingsaktiviteter**

Med utgangspunkt i den systematiske litteraturgjennomgangen og begrepsanalysen som ligger til grunn for definisjonen av fagutvikling (s 20), kom McCormack og Garbett (2003) fram til at fagutviklingsaktiviteter kan deles i seks hovedkategorier som jeg har oversatt til:

1. Fremming og tilrettelegging av endring
2. Oversetting og kommunikasjon
3. Respons på ekstern påvirkning
4. Undervisning og livslang læring
5. Implementering av fag- og forskningskunnskap i praksis
6. Kvalitetsutvikling - og sikring

Videre i oppgaven er teori om konkrete fagutviklingsaktiviteter systematisert og utdypet under McCormack og Garbett (2003) sine punkter. Jeg vurderer imidlertid ”oversetting og kommunikasjon” og ”respons på ekstern påvirkning” som delvis sammenfallende og avhengige av hverandre, det samme gjelder punktene ”implementering av fag- og forskningskunnskap i praksis” og ”kvalitetsutvikling - og sikring”. Punkt 2 og 3 er derfor slått sammen til ett punkt og punkt 5 og 6 er slått sammen til ett punkt.

#### **Fremming og tilrettelegging av endring**

Ut fra McCormack og Garbett (2003) forstår jeg fremming og tilrettelegging av endring som aktiviteter som støtter og fremmer refleksjon, og hjelper til å skape en kultur for endring basert på personalets oppfatninger og behov. Deltakelse i fagutviklingsarbeid kan i seg selv være en måte å stimulere yrkesutøverens evne til å reflektere, stille spørsmål og undersøke årsakssammenhenger, samtidig som den enkeltes refleksjoner og undring kan gi ringvirkninger i praksis ved at kollegaer også blir mer undrende og reflekterte i praksis (Granum og Solvoll, 2006; Bjørk og Solhaug,

2008). Konkret kan fremming og tilrettelegging for endring dreie seg om for eksempel veiledning og støtte, både på individplan og gruppenivå (McCormack og Garbett (2003). I tillegg trekkes tverrfaglig arbeid fram som en kilde til refleksjon og utvidet perspektiv på arbeidet man gjør (Garbett og McCormack, 2002). Å hjelpe personalet til å tenke kreativt og sette ideer ut i livet, og skaffe tilgang til ressurser som studiedager, kurs og ekspertise nevnes også som eksempler på aktiviteter som direkte og indirekte kan fremme endring (McCormack og Garbett, 2003).

### **Oversetting og kommunikasjon/Respons på ekstern påvirkning**

Oversetting og kommunikasjon handler etter min forståelse av McCormack og Garbett (2003) om å forklare og spre informasjon og pålegg fra høyre organisasjonsnivå. Mens respons på ekstern påvirkning handler om hvordan arbeidsplassen konkret implementerer og arbeider ut fra statlige og profesjonelle krav til kompetanse og fagutvikling (for eksempel helselovene, yrkesetiske retningslinjer, diverse stortingsmeldinger). Forfatterne trekker også fram tiltak for å skape interesse for prosjektarbeid som skjer ”på bakkeplan” hos avdelingsledere og ledere på høyere nivå, og nettverksbygging ut over sykepleiergruppen som eksempler på oversetting og kommunikasjon. Selv om aktivitetene gruppert under oversetting og kommunikasjon/ respons på ekstern påvirkning er av stor betydning for å få til varig og systematisk endring og forbedring, er aktivitetene etter min forståelse kanskje spesielt knyttet til hvordan personer som har formelt ansvar for fagutvikling, forholder seg til og arbeider ut fra krav til profesjonen og organisasjonen (for eksempel ledere og fagutviklingssykepleiere). I utforming av spørsmål knyttet til hva de kliniske spesialistene konkret gjør for å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse er det derfor ikke lagt vekt på denne type aktiviteter. Punktet er imidlertid brukt som utgangspunkt for spørsmål knyttet til kontekstuelle forhold på arbeidsplassen.

### **Undervisning og livslang læring**

Slik jeg forstår McCormack og Garbett (2003) er undervisning og livslang læring knyttet til konstant kompetanseutvikling, både på individnivå og hos personalet som helhet, for å kunne jobbe mot kontinuerlig forbedring av kvalitet på pleien. Malletts

(1997) definisjon av utvikling av profesjonell kompetanse og fagutvikling har etter min forståelse også fokus på kompetanseutvikling som en premiss for/ et element av fagutvikling og kvalitetsutvikling;

Professional and practice development is a continuous process despite being inextricably linked the two areas are distinct: the former is concerned with knowledge, skills and values and the latter with how these are used to provide good quality patient-focused care (Mallett, 1997, s 38).

Individets ansvar for å utvikle egen kompetanse og stille spørsmål og reflektere over egen og andres praksis vektlegges (Engelund, 2003; Garbett og McCormack, 2002). Samtidig vektlegges betydningen av at arbeidsplassen kontinuerlig arbeider med å utvikle personalets samlede kompetanse for å utvikle og sikre faget (Engelund, 2003). Støtte og oppmuntring av individenes utvikling av essensielle ferdigheter og kvaliteter er derfor essensielt for å forbedre og evaluere praksis (McSherry & Warr, 2006). Undervisning og livslang læring omhandler altså både individets ansvar for å utvikle kompetanse gjennom læring i formell og uformell utdanning, men også arbeidsplassens tilrettelegging av muligheter for deltakelse i formelle og uformelle lærings- og kompetanseutviklingsaktiviteter (McCormack og Garbett, 2003; McSherry og Warr, 2006). Et livslangt læringsperspektiv og utvikling av individets og personalets kompetanse, er slik sett både en redskap og en premiss for å få til endring, forbedring og kvalitetsutvikling av praksis. Samtidig kan fagutviklingsarbeid føre til læring og kompetanseutvikling ved at man aktivt må forholde seg til teori og praksis, og reflektere kritisk i prosessen (Bjørk et al., 2008).

### **Implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis**

Punktene ”implementering av fag- og forskningskunnskaper” og kvalitetsutvikling - og sikring” er ikke utdypet av McCormack og Garbett (2003). Punktene blir imidlertid diskutert av flere.

I Rammeplan for sykepleierutdanning blir fagutvikling, kvalitetssikring og forskning beskrevet som et felles kompetanseområde (Kunnskapsdepartementet, 2008). Uten at det er et tydelig skille mellom feltene i kompetanseområdet skisseres det mål for

deltakelse i klinisk forskning, og anvendelse og formidling av relevante forskningsresultater. I tillegg skisseres mål knyttet til individuell utvikling og kvalitetssikring, og til systematisk fag- og kvalitetsutvikling i et større perspektiv.

Betydningen av systematisk og helhetlig utvikling og evaluering av praksis vektlegges av flere (Engelund, 2003; Garbett og McCormack, 2002; McSherry og Warr, 2006, Engelund, 2003). Troverdighet for utenforstående i forhold til kvalitet og kostnads-effektivitet og beste mulighet for suksessfullt resultat nevnes som fordeler ved systematisk tilnærming til kvalitets/fagutvikling (Garbett og McCormack, 2002). Argumenter mot systematisk fagutvikling kan imidlertid være at den systematiske tilnærmingen ikke er i samsvar med ”virkeligheten” i praksis og at fagutviklings-tiltakene ikke er praktisk gjennomførbare (ibid).

Engelund (2003) hevder at utvikling av sykepleien omfatter kvalitetssikring og deltagelse i kvalitetsutviklingsprosjekter for behandlings- og pleieforløp. I følge forfatteren innebærer kvalitetssikring blant annet å sikre at pleien på avdelingen i størst mulig grad er basert på nyeste viten og erfaring gjennom regelmessig å gå gjennom avdelingens rutiner for kritisk vurdering og diskusjon. Page og Hamer (2002) definerer fagutvikling som;

approach that synthesizes activities and theory of quality improvement, evidence- based and innovations in practice, within a real-practice context, and with a central focus on the improvement of care and services for patients and clients (Page og Hamer, 2002, s 6).

I tråd med Engelund (2003), definerer Page og Hamer (2002) nyeste viten (evidens) som en grunnstein for kvalitetsforbedring og fornying av praksis. Samtidig vektlegger forfatterne betydningen av å relatere kunnskap, kvalitetsforbedring og fornying til den aktuelle praksiskonteksten.

Kvalitetsforbedring er både et ledelsesansvar og et kollektivt ansvar for sykepleiergruppen (Granum og Solvoll, 2006). Samtidig har hver enkelt sykepleier et individuelt ansvar for kvalitetsutvikling - /sikring og fagutvikling (Engelund, 2003; Mallett, 1997; McCormack og Garbett, 2003; McSherry og Warr, 2006; Rammeplan for sykepleier-

utdanningen, Kunnskapsdepartementet, 2008). I følge rammeplanen innebærer det individuelle ansvaret, både sykepleierens ansvar for å være bevisst egne grenser for kompetanse, og for å etterspørre og delta i nødvendig opplæring på arbeidet slik at faglig forsvarlig sykepleieutøvelse sikres (Kunnskapsdepartementet, 2008). I tillegg understrekes individets ansvar for å videreutvikle egen yrkesrolle og for å dokumentere, kvalitetssikre og evaluere egen yrkesutøvelse, samt sykepleierens ansvar for å ta initiativ til og delta i fagutviklingsarbeid, og definere standard for kvalitet og bidrag til å utvikle kvalitetsindikatorer (ibid).

Mens Rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) ikke skilles klart mellom fagutvikling og forskning, hevdes det fra flere hold at fagutvikling skiller seg fra forskning ved at fagutvikling handler om å ta i bruk allerede eksisterende viten (blant annet forskningskunnskap) på en systematisk måte, mens forskning innebærer utvikling av nye kunnskaper (Bjørk og Solhaug, 2008; Engelund, 2003; Granum og Solvoll, 2006). Et aspekt ved fagutvikling er altså systematisk implementering og formidling av eksisterende fag – og forskningskunnskap som en bevisst strategi for kvalitetsforbedring, fornyelse eller endring av sykepleietjenesten (Granum og Solvoll, 2006).

For å kunne bruke abstrakt og generell vitenskapelig kunnskap i konkrete situasjoner vektlegges betydningen av å forstå og kritisk vurdere relevans for klinisk praksis (Kirkevold, 1996). Klinisk prosjektarbeid trekkes fram som en form for konkret utviklingsarbeid som både bidrar til individuell læring og kompetanseutvikling, og som fører faget framover ved å stimulere til aktiv og kritisk holdning til teori, praksis og problemløsning (Bjørk og Solhaug, 2008, Granum og Solvoll, 2006). Gjennom denne typen arbeid får arbeidstakeren mulighet til å gjøre seg kjent med relevant forskning og løfte frem og bruke egne erfaringer fra praksis (Granum og Solvoll, 2006). Ved å analysere og drøfte empiri med forskning og litteratur på feltet, og skriftliggjøre arbeidet, kan dessuten ny forståelse og anvendelse av kunnskap i organisasjonen bli resultatet (ibid). Andre eksempler på implementering og formidling av kunnskap og forskning kan være internundervisning (Engelund, 2003) og utforming av evidens-

baserte retningslinjer og prosedyrer for praksis (Granum og Solvoll, 2006; Kirkevold, 1996).

## 3.2 Faktorer av betydning for kompetanseutvikling og anvendelse av faglig kompetanse til fagutvikling

Ut fra gjennomgått teori om kompetanseutvikling og fagutvikling, forstår jeg faktorer som påvirker kompetanse- og fagutvikling som relativt sammenfallende. I rammeplan for sykepleierutdanning defineres dessuten fagutvikling som en type kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008). Jeg har derfor valgt å beskrive faktorer som kan påvirke vedlikehold, videreutvikling og anvendelse av profesjonell kompetanse under ett. Nygren (2004) er brukt for å systematisere påvirkningsfaktorene, men flere forfattere blir også trukket inn for å belyse ulike faktorer.

Faktorer som bestemmer og påvirker både bruken og utviklingen av kompetanse, kan grovt deles inn i to hovedkategorier: indre og ytre faktorer (Nygren, 2004). Indre og ytre faktorer kan imidlertid ikke forstås hver for seg, men som deler av en dynamisk helhet hvor det hele tiden foregår et samspill mellom individet og omverdenen (ibid).

### 3.2.1 Egenskaper hos yrkesutøveren- indre faktorer

I følge Nygren (2004) har indre faktorer hos yrkesutøveren betydning for læring, utvikling og bruk av kompetanse. Indre faktorer har å gjøre med den profesjonelle personens handlingsgrunnlag. I det ligger blant annet hvordan yrkesutøveren opplever og forstår seg selv og omverdenen ut fra sine mål, verdier og ideologier, hvilke kunnskaper og ferdigheter vedkommende har, og hvilke refleksjoner og vurderinger vedkommende gjør (ibid). I tillegg har indre faktorer med yrkesutøverens kapasitet og evne til å lære og til å benytte seg av tilgjengelige læringsmidler (Eraut, 1994; Nygren,

2004), og vedkommendes evne til å beherske de ytre faktorene som blir beskrevet videre i kapittelet (Nygren, 2004).

Relatert til den kliniske spesialisten innebærer indre faktorer blant annet de yrkesrelevante kunnskaper og ferdigheter den kliniske spesialisten opparbeidet seg gjennom utdanningen til klinisk spesialist. Hvordan den kliniske spesialisten vedlikeholder, videreutvikler og anvender spisskompetansen vedkommende opparbeidet seg, er i følge Nygren (2004) avhengig av den kliniske spesialistens yrkesidentitet. Det vil for eksempel si hvordan den kliniske spesialistens identifiserer seg med oppgaver, metoder, mål, verdier og ideologier på sin arbeidsplass, men også hvordan sykepleieren identifiserer seg selv som en klinisk spesialist (ibid), og hvilken motivasjon og holdning vedkommende har for å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse (Engelund, 2003). Likeså handler indre faktorer om hvilken holdning den kliniske spesialisten har til endring og fornying (Granum og Solvoll, 2006). Av betydning for om den profesjonelle kompetanse blir brukt til fagutviklingsarbeid er imidlertid også at den kliniske spesialisten opplever arbeidet som utfordrende og ansvarsfullt og at arbeidstaker opplever at han/hun blir verdsatt og har innflytelse (Engelund, 2003; Granum og Solvoll, 2006).

### **3.2.2 Ytre faktorer- konteksten rundt yrkesutøveren**

Kontekstens betydning for læring, utvikling og anvendelse av profesjonell kompetanse understrekes av flere (Bjørk og Solhaug, 2008; Eraut, 1994; Kirkevold, 1996; Nygren, 2004). Fagutvikling foregår alltid i en sammenheng mellom enkeltpersoner og miljøet rundt (Bjørk og Solhaug, 2008). Overføring av kunnskap mellom kontekster begrenses av de ulike formene kunnskapen har, og kunnskapen må omformes for å bli anvendbar i den nye konteksten (Eraut, 1994, Nygren, 2004). En bestemt kontekst gir muligheter for visse handlinger og fasiliteter, men kan hindre/umuliggjøre andre (Nygren, 2004). Innenfor en kontekst der arbeid normalt involverer rutiner for oppførsel som er vanskelig å bryte, kan det være spesielt vanskelig å introdusere ny kunnskap (Eraut,



1994), og forsøk på fornying og endring kan forårsake desorientering og permanent eller midlertidig manglende vilje til samarbeid og deltakelse (ibid). Nygren (2004) deler den totale handlingskonteksten i den sosiokulturelle konteksten og den materielle konteksten. Selv om ikke Nygren (2003) direkte omtaler lederen/organisasjonens betydning for den profesjonelle yrkesutøverens handlingskompetanse, forstås lederen som en nøkkelperson for kompetanse- og fagutvikling (Bjørk og Solhaug, 2008; Engelund, 2003; Granum og Solvoll, 2006; Kirkevold, 1996). Lederen omtales derfor i ett eget punkt.

### **Den sosiokulturelle konteksten**

Ut fra Nygren (2004) forstår jeg den sosiokulturelle konteksten som de konkrete omgivelsene der den profesjonelle yrkesutøveren utvikler og anvender sine handlingskompetanser. I følge forfatteren bygger flere vesentlige elementer opp den profesjonelle sosiokulturelle konteksten, og har betydning for den profesjonelle yrkesutøverens handlingskompetanse. Nygren (2004) trekker fram elementene: - lover/forskrifter/bestemmelser som regulerer deltakernes handlinger i praksisfellesskapet, - sentrale og lokale målsetninger, - oppgaver, - lokale, dominerende verdier og ideologier i fellesskapet, - ansvars – og arbeidsfordeling og - posisjoner. Jeg valgt å strukturere elementene til Nygren (2004) under punktene; - posisjon /arbeidsoppgaver, og – arbeidsplasskultur, normer og verdier på arbeidsplassen for videre gjennomgang av teori på området.

### **Posisjon/arbeidsoppgaver**

Handlingene i et profesjonelt praksisfellesskap er knyttet til posisjon og oppgaver. Den yrkesaktives formelle eller uformelle posisjon på arbeidsplassen gir bestemte forventninger, forpliktelser og rettigheter, det er forbundet ulike ansvar og arbeidsoppgaver til forskjellige posisjoner. Slik sett kan posisjonen ha betydning for hva og hvordan personen lærer og utvikler seg gjennom deltakelse i praksisfellesskapet, men også muligheten for å anvende sin handlingskompetanse (Nygren, 2004). For å kunne omsette potensiell kompetanse i konkret handling er det betydningsfullt at yrkes-

utøveren vet hvilke faglige forventninger som stilles (Engelund, 2003), og at vedkommende har en viss grad av myndighet og kontroll over sin arbeidsprosess og dens vilkår, for eksempel gjennom å ha en stillingsbeskrivelse som muliggjør bruk av kompetansen, men også at yrkesutøveren har legitimitet hos kollegaer og arbeidsgiver for at vedkommende og hans/hennes handlinger er betydningsfulle for arbeidsplassen. Dersom kollegaer og leder ikke verdsetter og anerkjenner den kliniske spesialistens rolle og kompetanse minsker mulighetene for å påvirke og utvikle praksis (Nygren, 2004).

### **Arbeidsplasskultur- normer og verdier**

Arbeidsplasskultur har med hvilken fagkultur og - tradisjoner som er mer eller mindre formelt forankret på den lokale arbeidsplassen (Nygren, 2004). Det innebærer at arbeidsplassens normer og verdier er av betydning for forsknings- og utviklingsarbeid (Granum og Solvoll, 2006, Nygren, 2004). Utvikling i faget er i så måte avhengig av et åpent og konstruktivt faglig miljø der refleksjon og faglige diskusjoner ønskes velkommen, og foregår som en naturlig del av den daglige virksomheten (Granum og Solvoll, 2006; Kirkevold, 1996). En avdelingskultur der det blir satt av nødvendig tid, støtte og muligheter til å vurdere og anvende eksisterende vitenskapelig viten er i følge Kirkevold (1996) essensielt for en fornuftig anvendelse av vitenskapelig kunnskap. For at vitenskapelig kunnskap skal virke positivt inn på sykepleieutøvelsen, må anvendelse av kunnskapen bli en felles kompetanse blant sykepleierne på posten. Det innebærer at vurdering og anvendelse av forskningskunnskap blir anerkjent som en viktig fag- utviklingsoppgave i avdelingen (ibid).

### **Den materielle konteksten**

Den materielle konteksten utgjøres av disponible materielle ressurser og fysiske forhold på arbeidsplassen, og kan forstås som den ytre rammen for yrkesutøverens muligheter til å utvikle og anvende sin profesjonelle kompetanse (Nygren, 2004). Ut fra Nygren (2004) forstår jeg fysiske forhold som for eksempel tilgjengelighet og plassering av PC, og hvilke fysiske forhold arbeidsplassen har for å fordype seg faglig

i form av kontor/lesestol. Mens disponerbare materielle ressurser handler om tilgang på læringsressurser, bibliotekstjenester, internett, tid og kompetanse hos ulike typer profesjonelt og administrativt personell. I følge Kirkevold (1996) og Granum og Solvoll (2006) er nødvendig tid, tilgjengelighet og muligheter til å lese og vurdere vitenskapelig kunnskap essensielt for at sykepleieren skal kunne utvikle sin kompetanse og for at kompetansen skal bli brukt på en positiv måte i praksis. Kirkevold (1996) trekker også fram betydningen av tilgjengelige ressurspersoner som kan støtte og veilede i kritisk vurdering og bruk av vitenskapelig kunnskap.

### **Lederen/Organisasjonen**

Lederen og organisasjonens ansvar og betydning for utvikling av kompetanse (Engelund, 2003; Kirkevold, 1996) og for kvalitets- og fagutvikling i sykepleiefaget understrekes (Engelund, 2003; Bjørk og Solhaug, 2008). Det innebærer blant annet at mål for kompetanse- og fagutvikling avspeiles i målsetninger, medarbeidersamtaler og undervisning (Engelund, 2003), og at ledelsen jobber mot en avdelingskultur preget av åpenhet, faglige diskusjoner og aksept for nytenkning (Bjørk og Solhaug, 2008; Engelund, 2003). Mellomledere er også i en viktig posisjon for å sikre at faglige prosjekter forankres i hele organisasjonen, og for å prioritere og sette av tid og faglige ressurser til faglig utviklingsarbeid (Bjørk og Solhaug, 2008). Sykepleielederen er altså i en nøkkelposisjon der hans/hennes mot, vilje og engasjement kan åpne eller lukke for endring på arbeidsplassen (Bjørk og Solhaug, 2008; Granum og Solvoll, 2006).

### **Dynamisk vekselvirkning mellom indre og ytre faktorer**

I følge Nygren (2004) påvirker yrkesutøverens egenskaper og hans muligheter for kontroll og myndighet over ytre faktorer hverandre gjensidig. Relatert til praksis, kan for eksempel den kliniske spesialisten på grunn av sin spisskompetanse innen et felt gjøre at vedkommende identifiserer seg med arbeidsoppgaver knyttet til det aktuelle feltet. Noe som igjen kan gjøre vedkommende bedre rustet og motivert for både å være ansvarlig for og for å lære mer om området. Dersom vedkommende også blir tydelig

anerkjent og respektert av kollegaer og leder for sin spisskompetanse kan det igjen forsterke den kliniske spesialistens motivasjon og identifisering med oppgaver på det aktuelle feltet.

### 3.3 Oppsummering

Ut fra teori kan kompetanse forstås som en rekkevidde i vid forstand, nærmest som en kvalifikasjon som kan oppnås for eksempel gjennom autorisasjon som sykepleier. Samtidig kan rekkevidden av kompetansen være mer spesifikk, - eksempelvis i form av spisskompetanse innen et spesifikt fagområde som følge av teoretisk og praktisk fordypning innen området. Jeg forstår videre at yrkesutøverens kompetansenivå ikke kan være like høyt innenfor alle felt, og at kompetansen er dynamisk, fordi kompetansen hele tiden er under utvikling og fordi kompetansen er kontekstspesifikk. Kompetansen som den kliniske spesialisten ervervet seg gjennom utdanningsløpet for å bli klinisk spesialist har potensial til å bli brukt på arbeidsplassen, men det kreves at den kliniske spesialisten hele tiden utvikler sin faglige kompetanse og evner å tilpasse kompetansen i forhold til sin arbeidssituasjon og arbeidssted. Utvalgt teori vektlegger læring på flere arenaer som viktigste kilde til kompetanseutvikling. I denne studien vil kompetanseutvikling innenfor yrkessfæren ha størst fokus. Den kliniske spesialistens intuisjon, erfaring og evne til refleksjon og kritisk tenkning er imidlertid av betydning for hvordan den kliniske spesialisten integrerer den ervervede kompetansen i sin personlige kompetanse slik at den kan anvendes i praksis.

Ut fra teori forstår jeg kontinuerlig systematisk endring/forbedring av praksis som sentralt for fagutvikling, og utvikling av personalets individuelle og kollektive kompetanse som både en premiss for og et resultat av fagutvikling. Flere typer aktiviteter framstår som sentralt for fagutvikling. I denne studien vil hovedfokus være på aktiviteter forbundet med fremming/tilrettelegging av endring, personalutvikling og aktiviteter knyttet til implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitets-

utvikling i praksis. Flere faktorer hos yrkesutøveren og i vedkommendes omgivelser på arbeidsplassen framstår ut fra teori som betydningsfulle for utvikling av kompetanse og for bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid.

## 4. Relevant forskning

### 4.1 *Forskning på fagutvikling*

Siden begrepet fagutvikling på tross av hyppig bruk innen sykepleien, framstår noe vagt og utydelig har jeg valgt å ta med en studie som utforsker sykepleiernes egen forståelse av hva fagutvikling er. I en masteroppgave med fokus på kreftsykepleieres forståelse av fagutvikling, fant Fagerjord (2009) at sykepleiernes motivasjon for fagutvikling i hovedsak var å holde seg oppdatert på ny kunnskap, ønske å bidra til kvalitetssikring - og utvikling i avdelingen og ønske om inspirasjon til å bevare faglig engasjement. Sykepleiernes besvarelser i forhold til hva fagutvikling var, viste at de oppfattet fagutvikling både som individuell og kollektiv kompetanseutvikling hos personale og som kvalitetsutvikling i praksis. Formelle aktiviteter som ble trukket fram som fagutvikling var for eksempel deltakelse i klinisk stige, kurs, internundervisning, faglige møter og veiledning, men også det å selv veilede, undervise og arbeide med prosjektarbeid. Samtidig var det ingen av informantene som oppga at de fikk veiledning, og faglig prosjektarbeid så ut til å foregå i liten målestokk. Uformelle aktiviteter knyttet til klinisk praksis sammen med deltakelse i internundervisning så ut til å foregå i størst utstrekning, og kollegaer ble trukket fram som en viktig læringskilde og refleksjonspartner. Læring gjennom uformell kontakt og samarbeid med pasient og pårørende ble også trukket fram som viktig for læring, det samme ble ad-hoc læring når man kom bort i noe nytt i praksis (ibid). Sykepleiernes opplevelse av at fagutvikling var tilfeldig og ikke tilstrekkelig organisert ble også trukket fram. Ledelsens administrative ansvar for vaktbemanning ble trukket fram som et hinder for å sette av tid og ressurser til fagutvikling, og mange opplevde at fagutvikling ble en salderingspost i økonomiske nedgangstider (Fagerjord, 2009).

## 4.2 Forskning på kontinuerlige kompetanseutviklingsprogrammer

Begrepene ”continuing professional development ”(CPD) og ”continuing professional education” (CPE) brukes delvis synonymt og om hverandre (Ryan, 2003; Lawton og Wimpenny, 2002; Nolan, Owen, Curran og Venables, 2000) om alt fra strukturerte og planlagte program til uformelle, individuelle aktiviteter (Griscti og Jacono, 2006; Lawton og Wimpenny, 2003). I følge American Nurses Association (ANA) (1994) referert i Griscti og Jacono (2006) inkluderer kontinuerlig utdanning alle aktiviteter med mål om å engasjere sykepleiere i en livslang læringsprosess, der det endelige målet er forbedring av helsetjenesten. CPD og CPE kan altså forstås bredt som alle typer formelle og uformelle aktiviteter med mål om kontinuerlig læring og profesjonell utvikling eller som et spesifikt utdanningsprogram.

Ut fra at godkjenningsordningen for å bli klinisk spesialist tar utgangspunkt i at utvikling av kompetanse er en prosess over tid der veksling mellom teori, klinisk arbeid og refleksjon over praksis er vesentlig for å oppnå kompetanseutvikling (NSF, 2005), forstår jeg klinisk stige og andre veier til godkjenning som klinisk spesialist som en type CPD. Selv om CPD og CPE refererer til mange ulike typer formelle og uformelle utdanningsprogram som ikke direkte kan sammenlignes med den norske godkjenningsordningen for klinisk spesialist, finner jeg forskning som utforsker hva som generelt skal til for kompetanseutviklingsprogram skal integreres vellykket som relevant for min studie. Det samme gjelder forskning med fokus på faktorer som kan ha betydning for at studentenes kunnskap fra programmet skal komme til nytte i praksis, både underveis i programmet og i etterkant.

Som en del av en 3-års evaluering av English National Board Framework for Continuing professional Education and Higher Award (ENB FHA) ble henholdsvis sykepleiere (deltakere i CPE) og sykepleielederes syn på CPE undersøkt av Nolan et al. (2000) gjennom to spørreundersøkelser. Både sykepleierne og ledere vektla individuell

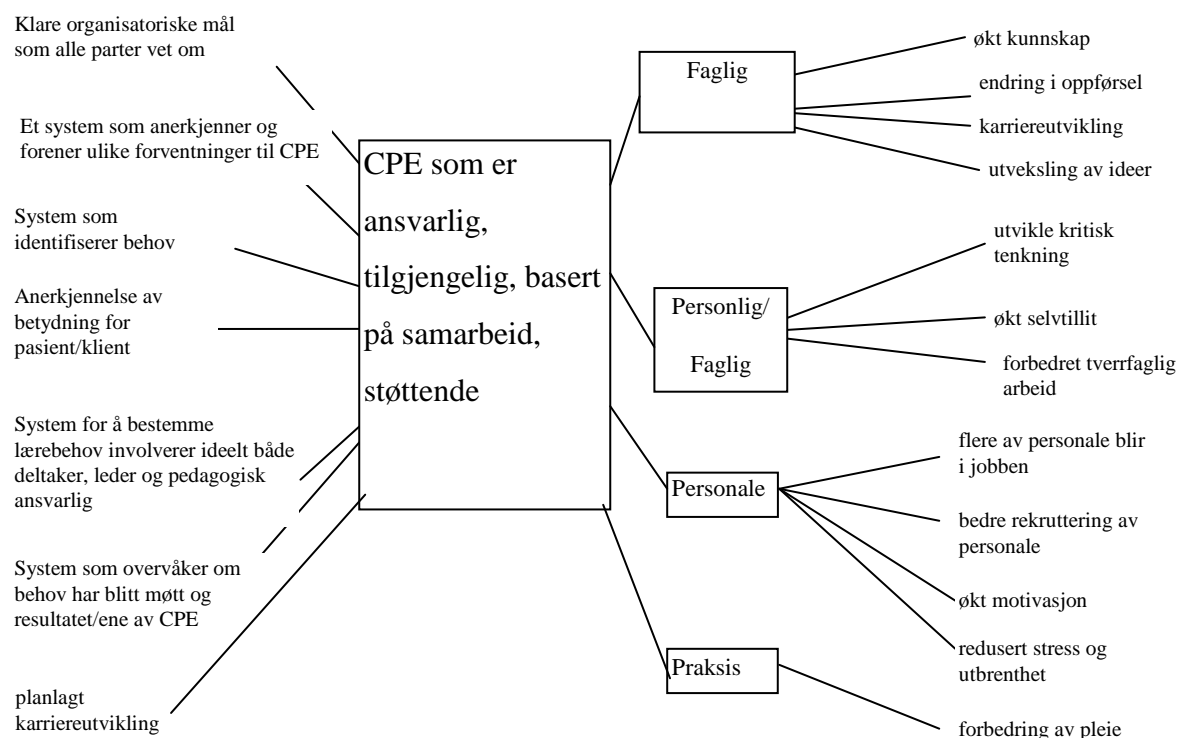
nytte og resultat av CPE som økt kunnskap, faglig oppdatering og økt trygghet i praksis. Sykepleierne som hadde deltatt i CPE var mer positiv enn lederne i forhold til om programmet førte til forbedring av praksis. De opplevde imidlertid vanskeligheter og barrierer i forhold til å introdusere endring. Blant annet i form av faglig sjalusi og motstand mot endring blant kollegaer og ledere. Siden CPE undersøkt gjennom denne studien er relatert til et rammeverk fra ENB er det vanskelig å generalisere funnene i form av faglig utvikling til CPE /CPD generelt. I forhold til faktorer av betydning for fornying og endring som følge av CPE mener jeg imidlertid studien er relevant.

Ellis og Nolan (2005) presenterer en idealistisk modell over hvilke vurderinger som er nødvendige for å implementere CPE og potensiell nytte av CPE (figur 1). Modellen ble utarbeidet på bakgrunn av at forfatterne gjorde en syntese av tilgjengelig litteratur om CPE i perioden 1945-1996 (ibid).

**Figur 1** Syntese av litteraturen – et idealistisk system for kontinuerlig kompetanseutviklingskrav og potensiell nytte (Ellis, 2001 [upublisert kilde] gjengitt i Ellis og Nolan, 2005, s 99, - min oversettelse av modellen)

#### For å implementere CPE er det nødvendig med

#### Potensiell nytte av CPE





Ut fra modellen (figur1) kan CPE potensielt være nyttig for både den enkelte yrkesutøvers faglige utvikling, for den faglige utvikling hos personalet som helhet og for faglige ringvirkninger i praksis. Som figuren viser kan mer konkrete effekter av CPE blant annet være økte kunnskaper, holdningsendring, utveksling av ideer, evne til å utvikle kritisk tenkning, økt selvtillit, mer fokus på tverrfaglig arbeid, økt motivasjon hos personale og forbedring av praksis.

Litteratursyntesen og modellen viser også at flere faktorer har betydning både for hvor vellykket CPE implementeres på arbeidsplassen. Spesielt vektlegges systematisk planlegging og kartlegging av de involverte (personale, arbeidsgiver, pasient) behov og forventninger som betydningsfullt for suksess. For en vellykket implementering vektlegges imidlertid også nødvendigheten av å skape et kreativt og støttende miljø, og et system som underveis og i etterkant følger opp om CPE har gitt ønskede resultater (Ellis og Nolan, 2005).

På bakgrunn av litteratursyntesen, gjorde Ellis og Nolan (2005) en longitudinell casestudie med mål om å utforske konteksten hvor CPE finner sted, og belyse faktorer som ser ut til å påvirke resultatet av CPE over tid. Studien ble gjennomført ved at deltakerne, deres ledere og pedagogisk involverte ble intervjuet i løpet av en 18 måneders periode; rett før kurs, rett etter kurs, 6 mnd etter og 12 mnd etter å ha gjennomført et kortvarig kurs i regi av English National Board (ENB) med mål om å utstyre deltakerne med nødvendige kunnskaper og ferdigheter for å møte behovene til eldre mennesker. Studien viste en sammenheng mellom måten personale blir valgt ut til å delta, deres motivasjon og forberedthet på deltakelse, og resultatet av CPE. Deltakere som var motivert for å delta i CPE, returnerte til praksismiljøet med økt kunnskap og motivert for å introdusere endring. Kvaliteten på utdanningen og hvordan deltakerne ble mottatt i praksismiljøet var imidlertid også av betydning, og ledernes og kollegaenes støtte eller mangel på sådan var en nøkkelfaktor som bestemte om endring kunne introduseres, og mangel på støtte skapte frustrasjon og bidro til redusert motivasjon og entusiasme (Ellis og Nolan, 2005). For at CPE skal være nyttig på sikt (jf. figur 1), understreket forfatterne betydningen av å evaluere oppnådd resultat på

slutten av et program, men også av å lage strukturer og mekanismer som støtter fornying, endring og fortsatt kritisk tenkning og dialog. Casestudie var basert på relativt få deltakere og knyttet til et spesielt kurs som ikke kan generaliseres til alle former for CPE/CPD. Jeg mener likevel studien og den litteraturbaserte modellen som studien bygger på, er interessant i forhold til hvilke faktorer og mekanismer som kan påvirke et mer langsiktig utfall av CPE.

### 4.3 Forskning på klinisk stiger og klinisk spesialist

Det er gjort flere studier på kliniske stiger i Norge og resten av verden (clinical ladders/career ladders). Ut fra gjennomgang av tilgjengelige evalueringsstudier ser det imidlertid ut som hovedfokus for forskning på kliniske stiger i stor grad har vært på jobbtilfredshet blant deltakere i klinisk stige (Corley, Farley, Geddes, Goodloe og Green, 1994; Goodloe, Sampson, Munjas, Whitworth, Lantz, Tangle og Miller, 1996; Fusilero, Lini og Prohaska, 2008; Krugman, Smith og Goode, 2000; Malik, 1991; Meador, 1995; Nelson og Cook, 2008), turnover/ønske om å forbli på arbeidsplassen (Corley et al., 1994; Drenkard og Swartwout, 2005) og kostnad kontra nytte av klinisk stige (Drenkard og Swartwout, 2005). Dette bekreftes av en systematisk gjennomgang av forskning på klinisk stige i USA, Storbritannia og Australia i perioden 1987 til 1996 med hovedfokus på forskning som forsøker å evaluere implementering og bruk av klinisk stige (Buchan; 1999). Det er også gjort studier som har sett på barrierer for deltakelse i klinisk stige (Nelson og Cook, 2008; Goodrich og Ward, 2004). Siden min studie omhandler hvordan kliniske spesialister vedlikeholder, videreutvikler og anvender kompetansen som klinisk spesialist, og hvilke faktorer de mener påvirket dette, vil jeg videre bare referere til studier som er relevant for denne tematikken. En del forskning av eldre dato som omhandler kliniske stiger som belønnings og anerkjennelsessystem vil med dette perspektivet heller ikke være relevant for min studie. Ettersom utenlandske kliniske stiger ikke fører til godkjenning som klinisk

spesialist tilsvarende norske kliniske stiger, vil forskning på kliniske spesialister være av norsk opprinnelse.

#### **4.3.1 Individuelt utbytte i form av personlig og faglig kompetanse**

I en studie med mål om å beskrive og belyse ulike aspekter ved innføring av en klinisk stige ved et somatisk sykehus, fant Andersen (1997) at deltakerne i klinisk stige og kliniske spesialister ble mer bevisst og reflektert i forhold til egne kvalifikasjoner og styrke, og at de mer aktivt tok i bruk den kompetansen de allerede hadde. I andre studier er det trukket fram hvordan sykepleierne etter som de avanserte i klinisk stigeprogrammet i økende grad opplevde at programmet stimulerte deres faglige utvikling, og oppmuntret til læring (Bjørk et al., 2007; Ward og Goodrich, 2007). Flere studier har også trukket fram kliniske spesialisters oppfattelse av at utdanningen hadde gjort dem mer engasjement i egen læring og mer bevissthet i forhold til egen kompetanse (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Kompetansen vedvarte etter at deltakerne ble godkjent som kliniske spesialister, og de kliniske spesialistene opplevde at utdanningen hadde gitt dem økt faglig kompetanse og økt tro på egne kvalifikasjoner (ibid). De kliniske spesialistenes entusiasme for jobben, og faglige utvikling generelt ble også understreket av avdelingsledere i to studier (Kvamme og Bjerke, 2003; Tørstad og Bjørk, 2007).

For å bli godkjent som klinisk spesialist må deltakerne i klinisk stige fordype seg innen et faglig område i praksis (NSF, 2005). Kvamme og Bjerkes (2003) landsomfattende kartleggingsstudie der alle kliniske spesialister uansett vei til godkjenning ble undersøkt, og Samdals (2004) studie der 18 kliniske spesialister som hadde gjennomført klinisk stige ved Haukeland sykehus ble undersøkt, viste begge at de fleste kliniske spesialistene opplevde at fordypningen innen et faglig område i praksis ga dem spisskompetanse knyttet til en bestemt pasientgruppe /problemstilling ved avdelingen der de jobbet. Kvamme og Bjerke (2003) fant at kliniske spesialister som fulgte program organisert av arbeidsgiver, generelt sett var mer positive i forhold til

individuelt faglig utbytte, enn kliniske spesialister som fulgte et eget opplegg (samlet dokumentasjon på praksis m.m. / planla og gjennomførte eget program).

Noen få studier har vist at sykepleierne ikke opplevde endring i sin faglige kompetanse etter implementering av klinisk stige (Hsu, Chen, Lee, Chen og Lai, 2005) eller mellom trinnene i den kliniske stigen (Bechtel et al., 1993; Goodrich og Ward, 2004; Snyder, 1997). Siden studiene var evalueringer av lokale kliniske stiger, er det imidlertid vanskelig å vurdere om de kan sammenlignes med den norske kliniske stigen.

#### **4.3.2 Opprettholdelse og videreutvikling av faglig kompetanse**

I gjennomgangen av forskning på kliniske spesialister, har jeg bare funnet en studie som spesifikt har undersøkt hvordan kliniske spesialister konkret videreutviklet sine fagkunnskaper (Tradin, 2007). I den kvalitative studien som undersøkte kliniske spesialister som også var intensivsykepleiere, trakk de kliniske spesialistene spesielt fram hospitering, refleksjon over egen praksis og bruk av kollegaers kunnskaper, som måter å lære på i klinisk praksis. Samdal (2004) undersøkte ikke spesifikt hvordan kliniske spesialister vedlikeholdt og videreutviklet sin faglige kompetanse som klinisk spesialist, men i likhet med Tradin (2007) trakk hun fram hvordan de kliniske spesialistene i studien i større grad enn før klinisk stige anvendte hele sykehuset som faglig nettverk, og hospitering som en mulighet for læring. I tillegg ble kontakt med medstudenter fra klinisk stige trukket fram av flere kliniske spesialister som en ressurs for faglig utvikling (Samdal, 2004).

Fastsatt kompetansetid i turnusen, ble av flere kliniske spesialister i Tradin (2007) sin studie fremholdt som en mulighet for teoretisk fordypning og kunnskapsutvikling. Konkret ble kompetansetiden brukt til å lese faglitteratur og til deltakelse på interne og eksterne kurs. Mange kliniske spesialister uttrykte at søk etter faglitteratur på Internett var vanskelig og at de ønsket mer kunnskap om søk og vurdering av kvalitet på faglitteratur (Tradin, 2007).

### **4.3.3 Anvendelse av den faglig kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid**

Gjennomgang av tidligere forskning på klinisk stige deltakere/kliniske spesialister gir et generelt bilde av deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister som relativt positive til at de fikk anvendt sin kompetanse på arbeidsplassen (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Nelson og Cook, 2008; Samdal, 2004; Tradin, 2007, Ward og Goodrich, 2007). Samtidig kan det ut fra tidligere studier se ut som om mange deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister ikke opplevde at deres kompetanse i tilstrekkelig grad ble brukt av deres arbeidsgivere (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007).

Funn i forhold til hvordan deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister konkret har oppgitt at de anvendte sin kompetanse, og i forhold til opplevelse av at arbeidsgiver så og utnyttet kompetansen er strukturert under punktene; - personalutvikling, - fremming av endring og – implementering av fag- og forskningskunnskaper og kvalitetsutvikling i praksis.

#### **Personalutvikling**

Goodrich og Ward (2004) fant at deltakerne ikke nødvendigvis opplevde at avansement i klinisk stige førte til klinisk ekspertise og forbedring i utøvende sykepleie. En omfattende revidering av den lokale kliniske stigen resulterte imidlertid i at klinisk stige deltakerne i større grad opplevde at de tok ansvar i praksis etter hvert som de avanserte i stigen (Ward og Goodrich, 2007). I likhet med den tidligere evalueringen (Goodrich og Ward, 2004) opplevde ikke personalet generelt noen endring i klinisk stige deltakernes praksis. Svarprosent på 18 % (Ward og Goodrich, 2007) og 28 % (Goodrich og Ward, 2004) begrenser imidlertid studienes generaliserbarhet. Det er dessuten vanskelig å vite om de studerte lokale stigene kan sammenlignes med norske kliniske stiger.

Andre studier har funnet at både klinisk stige deltakere på høye trinn (Ward og Goodrich, 2007) og kliniske spesialister (Samdal, 2004; Tradin, 2007) uttrykte at klinisk stige deltakelse gjorde dem motivert for å være faglig pådriver og rollemodell for kollegaer i praksis, og flere studier har trukket fram hvordan deltakere i klinisk stige (Bjørk et al., 2007; Nelson og Cook, 2008) og kliniske spesialister (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007) opplevde at de konkret anvendte sin faglige kompetanse til veiledning av kollegaer. I hvor stor grad kompetansen ble utnyttet og medførte organiserte forpliktelser på arbeidsplassen så derimot til å være mindre entydig. Flertallet av kliniske spesialister i Samdal (2004) og Tradin (2007) oppga at de hadde konkrete forpliktelser og oppgaver med å bidra til faglig oppgradering av kollegaer, ikke bare gjennom gruppeveiledning og personlig veiledning, men også gjennom organisert undervisning og foredrag (Samdal, 2004; Tradin, 2007). Bjørk et al. (2007) fant derimot at deltakerne i klinisk stige i liten grad opplevde at lederne brukte dem som ressursperson for kollegaer og til undervisning av kollegaer. En lignende tendens fant Kvamme og Bjerke (2003) i sin landsdekkende studie hvor rundt halvparten av respondentene oppfattet at de ofte ble brukt som ressursperson for lederen og at deres kompetanse ofte ble organisert benyttet til undervisning og opplæring av kollegaer.

Studier har også trukket fram hvordan enkelte kliniske spesialister oppga at de formidlet sin faglige kompetanse ut over egen arbeidsplass gjennom undervisning og foredrag om eget prosjektarbeid både nasjonalt (Samdal, 2004; Tradin, 2007) og internasjonalt, ved å publisere artikler i fagtidsskrift (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004), og ved å utforme postere som ble presentert på sykepleiekongresser (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004).

### **Fremming av endring**

Studier har også vist at mange kliniske spesialister opplevde at deltakelse i klinisk stige motiverte til endring og utviklingsarbeid (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Omtrent halvparten av kliniske spesialister som ble undersøkt av

Kvamme og Bjerke (2003) oppfattet at de har blitt dyktigere i praktisk sykepleie og at de tok i bruk nye prosedyrer. I følge forskerne rapporterte kliniske spesialister som hadde deltatt i organisert program (klinisk stige) klart oftere endringer i egen praksis enn de som har fulgt eget program (Kvamme og Bjerke, 2003). Samdal (2004) og Tradin (2007) fant at de undersøkte kliniske spesialistene var opptatt av at deres nye kompetanse skulle bidra til utvikling av det sykepleiefaglige tilbudet på posten, og at de kliniske spesialistene bevisst hadde fordypet seg innen sykepleieområder de mente det var behov for forbedring. Gjennom formidling av sine nye kunnskaper i faglig diskusjon, veiledning, undervisning og ved å være rollemodell mente flere kliniske spesialister at de kunne være med å heve fagnivået i avdelingen og endre praksis (Tradin, 2007). Økt involvering i tverrfaglig arbeid som følge av klinisk stige deltakelse har blitt trukket fram både av klinisk stige deltakere (Nelson og Cook, 2008) og kliniske spesialister (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Flere kliniske spesialister i studiene over trakk spesielt fram hvordan veiledning og refleksjon i klinisk stige hadde gjort dem mer bevisst på muligheten til å utveksle kompetanse og bruke hverandre og andre kollegaer som faglig ressurs.

### **Implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis**

Enkelte studier har funnet at etter innføring av klinisk stige tok sykepleierne oftere initiativ til kvalitetsforbedringstiltak (Fusilero et al., 2008) og var mer involvert i kvalitetsforbedringsaktiviteter (Fusilero et al., 2008; Nelson og Cook, 2008). Utvikling av undervisningsmateriell og aktiviteter for pasienter og kollegaer ble spesielt trukket fram (Fusilero et al., 2008; Nelson og Cook, 2008), men også at sykepleierne etter innføring av klinisk stige i større grad enn tidligere, holdt presentasjoner om forskning, kvalitetsforbedring og evidensbaserte prosjekter (Fusilero et al., 2008).

Studier har også funnet at flere kliniske spesialister blant annet opplevde at de anvendte sin oppnådde faglige kompetanse til utarbeidelse og implementering av nye prosedyrer (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin), rutiner (Tradin, 2007), skriftlige metoder, dokumentasjonsmaler og veiledende pleieplaner for god sykepleie-

praksis på et felt (Samdal, 2004). Av andre kvalitetsforbedringstiltak har utarbeiding av informasjonsbrosjyrer til pasient og pårørende (Samdal, 2004), og undervisningsprogram for hele personalgruppen (Tradin, 2007) blitt nevnt. Kvamme og Bjerke (2003) fant at lederne på sykehus i mye større grad enn lederne i kommunene vektla klinisk stiges positive effekt på sykepleiepraksis. Lederne på sykehus hevdet at personalgruppens økte kunnskap om enkelte diagnoser som følge av klinisk stige ga seg utslag i praksis i form av bevisstgjøring og utarbeidelse av prosedyrer som har forbedret sykepleiepraksis (Kvamme og Bjerke, 2003).

#### **4.3.4 Faktorer av betydning for opprettholdelse, videreutvikling og anvendelse av faglig kompetanse til fagutviklingsarbeid**

##### **Den kliniske spesialisten selv- indre faktorer**

I flere studier har ønske om personlig og faglig utvikling og ønske om økonomisk belønning blitt trukket fram som viktige motivasjonsfaktorer for å delta i klinisk stige (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Riley og Rolband, 2009; Tradin, 2007). Ønske om å få kompetansen formalisert (Kvamme og Bjerke, 2003), ønske om å utvikle kvalitet i sykepleie (Bjørk et al., 2007) og forbedre praksis (Tradin, 2009) har imidlertid også blitt trukket fram som viktige motivasjonsfaktorer for deltakelse.

En studie har sett på hva som motiverte de kliniske spesialistene til å vedlikeholde, videreutvikle og anvende den faglige kompetansen fra utdanningen (Tradin, 2007). Faglig nysgjerrighet, engasjement i flere temaområder, ønske om å bedre omsorg og pleie og behov for utfordringer ble oppgitt som indre drivkrefter for å videreutvikle og anvende sine kunnskaper, men også ønske om å oppgradere fagkunnskap hos kolleger på egen avdeling og ved andre avdelinger ble nevnt av flere klinisk spesialister. De kliniske spesialistene trakk fram indre driv for fagutvikling som spesielt viktig der miljøet i avdelingen opplevdes negativt til å forbedre praksis (Tradin, 2007). Ytre motivasjon som ønske om en faglig posisjon i avdelingen og betydningen av å selv



være aktiv med å ”selge seg ” som fagperson og tilby ekspertise til ledelsen ble imidlertid også vektlagt av enkelte kliniske spesialister i studien.

Samtidig som flere av de kliniske spesialistene i studien trakk fram ønske og behov for å utvikle sine kunnskaper, uttrykte flere informanter at de ikke ønsket å bruke mye tid utover kompetansetiden til å lese faglitteratur (Tradin, 2007). Vanskeligheter med å sette av tid til utvikling av kunnskaper pga familie og faktorer utenfor arbeidsplassen ble trukket fram av enkelte kliniske spesialister (Tradin, 2007).

### **Den nærmeste lederen og organisasjonen som helhet**

Flere studier har vist at avdelingslederne i all hovedsak opplevde at de var positive til og forsøkte å tilrettelegge for deltakelse i klinisk stige (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tørstad og Bjørk, 2007). Likevel har flere studier pekt på at deltakere i kliniske stige ikke opplevde at deres avdelingsledere var tilstrekkelig involvert, interessert og støttende i forhold til deres faglige utvikling underveis i klinisk stige (Bjørk et al., 2007; Goodrich og Ward, 2004; Samdal, 2004). Studier har også vist at mange kliniske spesialister ønsket flere faglige utfordringer og at ledelsen i større grad skulle bruke deres nye faglige kompetanse (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). De kliniske spesialistene i Kvamme og Bjerke's (2003) studie var svært delt i forhold til hvordan de opplevde at avdelingslederne benyttet seg av deres kompetanse. Fornøyde kliniske spesialister opplevde at arbeidsgiveren la til rette for benyttelse av deres spesialkompetanse, mens flertallet av kliniske spesialister uttrykte frustrasjon over ledernes manglende kjennskap til deres kompetanse, og de opplevde at kompetansen ikke ble verdsatt og brukt i tilstrekkelig grad.

Frustrasjon over ledernes manglende vilje til å sette av tid til fagutvikling har også blitt trukket fram av flere kliniske spesialister (Kvamme og Bjerke, 2003; Tradin, 2007). Det samme har vanskeligheter med å få gjennomslag for endring på grunn av ledelsens motarbeiding, og ledernes manglende forståelse for nødvendigheten av å gå på kurs (Kvamme og Bjerke, 2003; Tradin, 2007). Arbeidsplassens vektlegging av økonomi og pasientflyt, og ledelsens opptatthet av nok personale jobb framfor fokus på at

personalets samlede kompetanse var tilfredsstillende ble av flere kliniske spesialister i Tradins (2007) studie trukket fram som trusler mot å opprettholde kvalitet på pleien.

### **Ressurser**

Tid til fagutvikling, økonomi/midler til fagutviklingsaktiviteter og antall personell med den beste fagkunnskap og kompetanse har blitt trukket fram når kliniske spesialister har vurdert muligheter for anvendelse av kunnskaper i praksis (Tradin, 2007). Samtidig har tidspress i avdelingen (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007) og hektisk aktivitet i kombinasjon med personalmangel (Samdal, 2004) blitt oppgitt som årsaker til at de sjelden fikk tid til å videreutvikle og anvende det de hadde lært gjennom aktiviteter som refleksjon, faglig fordypning og faglig diskusjon og opplæring (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Det samme har frustrasjon og misnøye med økonomiske midler til kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter (Kvamme og Bjerke, 2003; Tradin, 2007).

### **Posisjon/arbeidsoppgaver**

Tidligere studier viser at kliniske spesialister i varierende grad har fått nye arbeidsoppgaver og roller etter endt utdanning (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004). Samtidig som flere kliniske spesialister i Kvamme og Bjerke (2003) sin studie opplevde at de hadde fått nye faglige utfordringer, oppga mange av dem at de ikke fikk utfordringer som sto i forhold til kunnskapene de satt inne med. Noen av de kliniske spesialistene i Samdal (2004) sin studie oppga at de hadde fått nye stillinger på sin post eller avdeling som avdelingsleder, assisterende avdelingsleder og som sykepleier med ansvar innenfor et spesialfelt, mens under halvparten av respondentene i Kvamme og Bjerke (2003) sin studie oppga at de har fått nye oppgaver, og få hadde fått ny stilling som følge av at de er blitt kliniske spesialister. Både Kvamme og Bjerke (2003) og Samdal (2004) fant at de mest fornøyde kliniske spesialistene hadde fått mulighet til å bruke sin kompetanse i ny stilling. Samdal (2004) fant at flere av de kliniske spesialister som ikke hadde fått nye arbeidsoppgaver som klinisk spesialist, opplevde at kompetansen kunne vært mer brukt og de ønsket større faglige utfordringer. Flere

kliniske spesialister i Kvamme og Bjerke (2003) og Tradin (2007) beskrev også hvordan de blir pålagt det de oppfattet som ikke faglig relevante arbeidsoppgaver som slukte tid som kunne vært brukt til oppdatering/utvikling av egne kunnskaper og til fagutvikling.

### **Arbeidsplasskultur**

Avdelingens kultur har i følge Kvamme og Bjerke (2003) betydning for i hvilken grad forholdene blir lagt til rette for at spesialisters kompetanse skal utnyttes og i hvilken grad kompetansen blir benyttet av kollegaer. En avdelingskultur preget av "Likehets-ideal", "jantelovsmentalitet" og motstand mot endring ble av forskerne nevnt som mulige "bremser" for utnytting av kliniske spesialisters kompetanse, mens kliniske spesialister i Samdal (2004) sin studie trakk fram muligheten til faglig diskusjon med andre kliniske spesialister som inspirerende for læring, faglig utvikling og anvendelse av kompetanse.

Flere kliniske spesialister i studiene til Kvamme og Bjerke (2003) og Tradin (2007) opplevde usikkerhet i forhold til sin posisjon i avdelingen. Kvamme og Bjerke (2003) trakk spesielt fram hvordan kliniske spesialister i hjemmetjenesten og på sykehjem uttrykte at kollegaers likhetstankegang og likegyldighet til kompetansen som klinisk spesialist gjorde det vanskelig å markedsføre seg som klinisk spesialist, og utnytte sin kompetanse i form av veiledning og undervisning. Lignende holdninger hos kollegaer ble trukket fram av kliniske spesialister i Tradin (2007) sin studie der noen kliniske spesialister opplevde at deres prosjektarbeider ble motarbeidet, fordi kollegaer ikke ønsket eller så nytten av prosjektarbeidet.

## **4.4 Oppsummering av relevant forskning**

Kompetanseutviklingsprogrammer kan potensielt være nyttig for individuell og kollektiv faglig utvikling, og for endring/forbedring av sykepleiepraksis. Det fordrer imidlertid bevisst planlegging av hvordan kompetansen skal oppnås og brukes på

arbeidsplassen. Betydningen av å lage strukturer som støtter fortsatt kompetanseutvikling og fagutvikling vektlegges. I tillegg har studier vist at sykepleiernes motivasjon for å delta i kompetanseutviklingsprogrammer, og hvordan de blir mottatt av kollegaer og ledere har betydning for hvordan kompetansen blir anvendt.

Gjennomgåtte studier på klinisk stige og kliniske spesialister, har funnet at deltakerne i klinisk stige opplevde klinisk stige som et positivt insitament for sin personlige og faglige utvikling. Studier har også vist at deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister opplevde at de anvendte kompetansen til fagutviklingsarbeid i avdeling, om enn i varierende grad.

Det er imidlertid bare gjort en landsomfattende studie på kliniske spesialister uansett vei til godkjenning. Siden studien ble utført har imidlertid antallet kliniske spesialister fordoblet seg, og arbeidsplassene har fått mulighet til å få forhåndsgodkjent sine kompetanseutviklingsprogrammer som meritterende til godkjenning som klinisk spesialist. To kvalitative studier har sett på hvordan kliniske spesialister opplevde at de anvendte den faglige kompetansen fra utdannelsen til fagutvikling på arbeidsplassen. Begge undersøkte imidlertid relativt få kliniske spesialister ved henholdsvis et og to universitetssykehus. Bare en studie har undersøkt hvordan kliniske spesialister erfarer at de videreutvikler sin faglige kompetanse som klinisk spesialist. Studien var imidlertid begrenset til kliniske spesialister som også var spesialutdannet innen intensivsykepleie og som hadde arbeidsplass ved spesialavdeling.

Ut fra gjennomgåtte studier mangler kunnskap om hvordan kliniske spesialister på sikt vedlikeholder, videreutvikler og anvender den faglige kompetansen fra utdanningen til klinisk spesialist uansett vei til godkjenning. Tidligere studier på deltakere i kliniske stige og kliniske spesialister antyder at faktorer hos og i konteksten rundt den kliniske spesialisten kan være av betydning for hvordan den kliniske spesialisten anvender sin faglige kompetanse. Etter min forståelse er det derfor viktig å få kunnskap om hvordan kliniske spesialister opplever at disse faktorene påvirker hans/hennes

vedlikehold, videreutvikling og anvendelse av den faglige kompetansen fra utdanningen.

## 5. Design og metode

Studien gjennomføres som en spørreundersøkelse (survey). Design handler om metodiske valg i forhold til hvor ofte spørreundersøkelsen gjennomføres, hvordan deltakerne er valgt ut og hvor mange enkeltgrupper som er inkludert (Fink, 2008; Polit og Beck, 2008). I dette kapittelet redegjøres for de metodiske valgene i studien. I tillegg går jeg grundig gjennom utforming av spørreskjema. Validitet/reliabilitet, etiske aspekter og analysevalg vil også bli behandlet.

### 5.1 Metodiske valg

#### 5.1.1 Utvalg

I min studie ønsker jeg å undersøke om og hvordan kliniske spesialister på sikt vedlikeholder, videreutvikler og anvender den faglige kompetansen fra utdanningen til klinisk spesialist. Populasjonen, den totale summen av personer jeg er interessert i, utgjør derfor sykepleiere med noen års erfaring som klinisk spesialist (Polit og Beck, 2008). Som utvalgs-kriterium for erfaring, har jeg valgt å innlemme sykepleiere som har vært godkjent av NSF som kliniske spesialister i to år eller mer per 1. desember 2009.

Kliniske spesialister har sin arbeidsplass innenfor flere felt i helsevesenet og er spredt geografisk i hele Norge (muntlig informasjon fra NSF). Et størst mulig utvalg vil i følge metodelitteratur best representere en populasjon med ulike bakgrunn, arbeidssted, arbeids-erfaring m.m. (Polit og Beck, 2008). Samtidig må tid, finansielle og tekniske ressurser til rådighet tas med i vurdering av utvalgsstørrelse (Fink, 2008). I min studie blir kostnader knyttet til distribusjon av de papirbaserte spørreskjemaene (ut/inn/purring) og optisk scanning av spørreskjema inn i en SPSS-fil dekket av NSF. I tillegg har jeg gratis tilgang til statistiker ved Universitetet i Oslo. Ut fra en samlet vurdering av tilgang til økonomisk og teknisk støtte, og tid til rådighet, har jeg i samråd med min veileder valgt å inkludere sykepleiere som ble

godkjent som klinisk spesialist innen 1. desember 2007 i studien. Utvalget består derfor av 1194 kliniske spesialister (Simen Kristensen, medlemstjenester, NSF, 2009).

### **5.1.2 Datainnsamlingsmetode**

Jeg har valgt spørreundersøkelse som metode for min studie. Valget er delvis gjort ut fra at det tidligere bare er gjort en større kvantitativ studie (Kvamme og Bjerke, 2003) som omhandler kliniske spesialisters kompetanse. I tillegg er valget begrunnet i et ønske om å lære kvantitativ metode, og veileders oppmuntring til å gjøre en stor studie. Ut fra at studien innlemmer såpass mange potensielle respondenter som er spredt geografisk og med ulike arbeidsplasser, har jeg i tråd med metodelitteraturens anbefalinger valgt selvadministrerende spørreskjema som instrument for spørreundersøkelsen (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008).

Kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie er en gruppe respondenter med høy utdanning (Dæhlen og Seip, 2009). Jeg vurderer derfor kliniske spesialister som ressurssterke respondenter med gode leseferdigheter, forståelse og evne til å fylle ut spørreskjema (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008). For å sikre at respondentene forstår innholdet i studien, har jeg i tråd med anbefalinger utformet et utfyllende informasjonsskriv med kontaktinformasjon slik at respondentene kan nå meg og veileder ved spørsmål (Fink, 2009).

Metodelitteratur angir at lav svarprosent kan være et problem med distribusjon av spørreskjema både per post og elektronisk (Fink, 2009; Jacobsen, 2005; Polit og Beck, 2008). Kvamme og Bjerke (2003) sin landsdekkende studie på kliniske spesialister viste imidlertid at kliniske spesialister er engasjerte respondenter ved at hele 80,4 % av de kliniske spesialistene svarte på den postbaserte spørreundersøkelsen. I følge fagpolitisk avdeling ved NSF har få av de kliniske spesialistene i NSF's register oppgitt e-postadresse. Besvarelse av spørreskjema elektronisk ved å legge ut spørreskjema på en hjemmeside ble også vurdert. Fare for lav svarprosent er imidlertid stor, fordi det fordrer at respondenten aktivt oppsøker siden (Jacobsen, 2005). I tillegg stiller det krav

til data- og programmeringsekspertise for å utforme et elektronisk spørreskjema der respondentens krav til konfidensialitet sikres (Fink, 2009). På bakgrunn av en samlet vurdering av elementene over og ut fra at økonomiske kostnader dekkes ble spørreskjema per post valgt.

### **5.1.3 Praktisk gjennomføring**

For å få tilgang til utvalget ble det søkt NSF om tilgang til navn- og adresseregister over kliniske spesialister i juni 2009. På grunn av ferieavvikling ved NSF ble tilgang til navne- og adresseliste først sikret i oktober 2009 etter møte og korrespondanse på e-post mellom veileder, undertegnede og representanter for fagpolitisk avdeling ved NSF. En navn- og adressefil over sykepleiere som ble godkjent som klinisk spesialist innen 1. desember 2007, ble i november 2009 fakset til datafangstfirmaet Viascan som har tatt seg av distribusjon (tur/retur) av spørreskjema. For å kunne gjennomføre purrerunde ble spørreskjemaene kodet med tall. Spørreskjema (vedlegg 5), forespørsel om deltakelse (vedlegg 4) og en ferdig frankert returkonvolutt ble sendt ut per post via datafangstfirmaet Viascan i slutten av november 2009. For å ikke miste mange potensielle respondenter på grunn av julehøytiden ble purrerunde avventet til andre uken i januar 2010. Ferdigutfylte spørreskjema ble returnert til Viascan hvor de ble scannet inn i en SPSS-fil.

I forbindelse med 1. utsendelse av spørreskjema tok 10 respondenter kontakt med undertegnede /veileder, fordi de var pensjonister. NSF ble da kontaktet, og det viste seg at registeret over kliniske spesialister ikke var oppdatert for pensjonister. For å hindre at pensjonister mottok spørreskjema på nytt under purrerunden, ble i alt 60 pensjonister/uføretrygdde kliniske pensjonister (inkludert de 10 pensjonistene som tok kontakt med undertegnede/veileder) silt ut fra navne- og adresselisten av ansatt ved NSFs medlemstjenester. Likevel tok 10 respondenter kontakt med veileder/undertegnede i løpet av purrerunden fordi de hadde gått av med pensjon eller fordi de var uføretrygdet. Av 1194 respondentene som fikk tilsendt spørreskjema ble derfor 70



respondenter trukket fra utvalget fordi de ble identifisert som pensjonister eller uføretrygdede, og dermed ikke tilfredsstilte utvalgsriteriet. I tillegg ble 4 av 752 respondenter som besvarte spørreskjema ekskludert fordi de ble godkjent som klinisk spesialist først i 2008. Til sammen ble 748 av 1124 spørreskjema brukt for videre analyse. Det gir en svarprosent på 66,8 %. Svarprosenten er imidlertid usikker fordi flere kliniske spesialister også under gjennomføring av purreunden ga tilbakemelding på at de var gått av med pensjon. Flere potensielle respondenter kan dermed ha utelatt å svare fordi de har gått av med pensjon.

## 5.2 Utvikling av spørreskjema

Jeg har selv utarbeidet spørreskjemaet for studien. I metodelitteraturen anbefales det at man bruker tilgjengelige spørreskjema som er relevante i forhold til problemstillingen fordi disse gjerne er ”ferdigvaliderte”, det vil si at spørsmålene er testet ut og dårlige spørsmål er luket ut slik at man sitter igjen med de spørsmålene som best måler det abstrakte begrepet man ønsker å måle (Fink, 2009; Jacobsen, 2005; Polit og Beck, 2008). I utviklingen av mitt spørreskjema har jeg fått god hjelp av to spørreskjema fra tidligere undersøkelser på klinisk stige og kliniske spesialister som begge delvis har fokusert på kompetanseutvikling og bruk av kompetanse (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003). Siden både Bjørk et al.(2007) og Kvamme og Bjerke (2003) i tillegg har fokusert på andre områder har jeg bare kunnet bruke segmenter fra deres spørreskjema. I hovedsak har jeg hentet inspirasjon fra deres spørreskjema i forhold til utforming av demografiske data og spørsmål knyttet til anvendelse av den faglige kompetansen oppnådd gjennom klinisk stige. Spørsmålene er imidlertid i stor grad endret for å passe til mine forskningsspørsmål. Det innebærer at spørreskjemaet mitt ikke kan bygge på ”validiteten” av Bjørk et al. (2007) og Kvamme og Bjerke (2003) sine skjema.

I tråd med Polit og Beck (2008) sine anbefalinger har jeg brukt eksperter for å hjelpe meg å bygge opp et godt spørreskjema med tanke på innhold, struktur og tekniske forhold. I prosessen fram mot det endelige spørreskjema, har jeg arbeidet i tett samarbeid med min veileder som både har lang erfaring med utforming og bruk av spørreskjema som instrument, og som har arbeidet og gjort forskning på klinisk stige og kompetanse i sykepleien. I tillegg har faglige ansvarlige representanter for NSF sin godkjenningsordning for klinisk spesialist vært villig til å gi tilbakemeldinger på spørreskjema før det ble pilottestet av kliniske spesialister.

For å bestemme innholdet i spørreskjemaet har jeg i tråd med metodelitteraturens anbefalinger definert sentrale begreper i studien gjennom teori/begrepsanalyser i kapittel 3 (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008; Lund, Kleven, Kvernbekk og Christophersen, 2002). Begrepene er imidlertid for abstrakte til å kunne måles direkte. For å lage relevante spørsmål i forhold til problemstilling/forskningsspørsmål må de teoretiske begrepene operasjonaliseres (det vil si konkretiseres) i delkomponenter (Jacobsen, 2005; Polit og Beck, 2008). Desto mer komplekse begrepene er, desto flere operasjonelle definisjoner (spørsmål) bør derfor anvendes (Jacobsen, 2005).

Teorien/begrepsanalysene i kapittel 3 danner grunnlaget for operasjonalisering av begrepene kompetanseutvikling (vedlikehold og videreutvikling av faglig kompetanse), fagutvikling og påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling / fagutvikling som er sentrale begreper for min studie. I tillegg er kompetanseutviklingsmodellen for utdanningen til klinisk spesialist (Kapittel 2 del 3) og tidligere forskning på fagutvikling, CPD/CPE og klinisk stige/klinisk spesialister (kapittel 4) brukt i operasjonaliseringen til underkategorier (tabell 3) som er utgangspunkt for utformingen av spørsmålene i spørreskjemaet.

Tabell 3

Kategoriene spørreskjemaet er basert på.

KOMPETANSE- UTVIKLING	FAGUTVIKLING	PÅVIRKNINGS- FAKTORER
<p>LÆRING I KLINISK PRAKSIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• veiledning</li> <li>• refleksjon/kritisk tenkning</li> <li>• opplæring /læring av prosedyrer/utstyr på arbeidsplassen</li> <li>• samarbeid/tverrfaglig arbeid</li> <li>• klinisk erfaring</li> </ul> <p>TEORETISK FORDYPNING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deltakelse på kurs/undervisningsopplegg</li> <li>• fordypning i faglitteratur/forskningslitteratur</li> <li>• formell utdanning</li> </ul>	<p>FREMMING AV ENDRING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• veilede og støtte og gi råd</li> <li>• tverrfaglig arbeid</li> <li>• faglig diskusjon</li> <li>• være ressursperson</li> </ul> <p>PERSONALUTVIKLING</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vedlikeholde og videreutvikle egen faglige kompetanse</li> <li>• være døråpner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ skaffe tilgang til fagressurser</li> <li>○ tilrettelegge aktiviteter for kompetanseutvikling</li> </ul> </li> <li>• undervise/lære opp</li> <li>• kunnskapsutveksling</li> </ul> <p>IMPLEMENTERING AV FAG- OG FORSKNINGSKUNNSKAP OG KVALITETSUTVIKLING - OG (SIKRING) I PRAKSIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prosjektarbeid</li> <li>• utarbeide, implementere og evaluere prosedyrer/ retningslinjer for praksis</li> <li>• dokumentere praksis</li> <li>• skrive avviksmelding</li> </ul>	<p>FAKTORER HOS DEN KLINISKE SPESIALISTEN (INDRE FAKTORER)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• motivasjon</li> <li>• kunnskaper og ferdigheter</li> <li>• refleksjoner</li> </ul> <p>FAKTORER I KONTEKSTEN RUNDT DEN KLINISKE SPESIALISTEN (YTRE FAKTORER)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lederen/organisasjonen</li> <li>• posisjon/rolle/ arbeidsoppgaver</li> <li>• arbeidsplasskultur</li> <li>• ressurser <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tid</li> <li>○ bemanning</li> <li>○ læringsressurser</li> </ul> </li> </ul>

### 5.2.1 Spørsmålsutvikling

Gjennom en trinnvis prosess i nært samarbeid med min veileder utformet jeg spørsmålene i spørreskjemaet med utgangspunkt i kategoriene og underkategoriene presentert i tabell 3. I første omgang skrev jeg fritt ned spørsmål med bruk av egen

fantasi. I denne fasen valgte jeg også ut spørsmål jeg mente var relevante fra de to disponible spørreskjemaene om klinisk stige/kliniske spesialister (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003). I tråd med metodelitteraturens anbefalinger (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008) ble spørreskjemaet justert og endret flere ganger etter førsteutkastet på grunn av uklare formuleringer og delvis overlappende spørsmål. Spørreskjemaet ble på slutten av denne endrings- og juseringsprosessen sendt til NSF for tilbakemelding både i forhold til innhold og struktur. NSF hadde ingen innspill i forhold til faglig innhold. Justeringer i spørreskjemaet ble imidlertid gjort i forhold til NSFs forslag til å presisere og spesifisere type utdanning før og etter godkjenning som klinisk spesialist (spørsmålene 5 og 6) og type arbeidsplass før og etter godkjenning (spørsmålene 10 og 11). I tillegg ble det gjort pilottest av spørreskjemaet som medførte små endringer i spørsmålsformuleringene (se 5.2.4).

Det endelige spørreskjemaet har 30 hovedspørsmål. I tråd med Polit og Beck (2008) sine anbefalinger har jeg valgt i hovedsak gruppert beslektede områder av spørsmål. Spørreskjemaet er gruppert på følgende måte:

- Demografiske data og kontekstuelle data: 1- 18 (med unntak av spørsmål 15)
- Kompetanseutvikling: 19
- Faglige effekter/fagutvikling: 15, 20-23
- Påvirkningsfaktorer: 25-30

Fem av spørsmålene har underspørsmål formulert som påstander (spørsmålene 7, 19, 22, 23 og 25) som omhandler aspekter ved hovedspørsmålene. I spørsmål 23 som omhandler hvordan den kliniske spesialisten anvender sin faglige kompetanse som klinisk spesialist er for eksempel underspørsmål formulert som påstander som ”Jeg veileder kollegaer”, ”Jeg bidrar i faglig prosjekt eller utviklingsarbeid”. Totalt må respondentene svare på 106 spørsmål. Ut fra tilbakemeldinger fra pilottesterne om at kompetanseutvikling og bruk av kompetanse til fagutvikling ikke nødvendigvis skyldes utdanningen til klinisk spesialist, ble spørsmål 24 lagt til. Den kliniske spesialisten blir

der spurt om han/hun tror det er bakgrunnen som klinisk spesialist som gjør at han/hun opprettholder, videreutvikler og bruker sin faglige kompetanse.

### **5.2.2 Layout**

Spørreskjemaets utseende er av stor betydning for respondentens opplevelse av å svare på skjemaet og for svarprosenten (Fink, 2009). Den endelige lengden på spørreskjemaet, 106 spørsmål fordelt på 8 sider, framstår kanskje som trangt i forhold til metodelitteraturen anbefalinger om god plass og luft mellom spørsmålene (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008). For at ikke spørreskjemaet skal framstå som uoversiktlig har jeg imidlertid gjennomgående valgt avkrysningsbokser for hele spørreskjemaet bortsett fra spørsmål 2,3 og 4 hvor respondenten selv skal sette inn tall. Selvadministrerende spørreskjema gir respondentene liten mulighet til å få avklart misforståelser underveis i utfyllingen av spørreskjemaet (Polit og Beck, 2008). For å minske sjansen for at respondentene misforstår spørsmålene, er spørreskjemaet utstyrt med forklarende tekst for hvordan respondenten skal krysse, satt i parentes etter hvert spørsmål.

For at spørreskjemaet skal framstå som meningsfullt og innbydende å svare på, anbefales at man starter med interessante og motiverende, men ikke for sensitive spørsmål (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008). For å få en ”myk start” og for å få en oversikt over den kliniske spesialistens yrkeserfaring, utdanning, arbeidssted og begrunnelse for å bli klinisk spesialist, valgte jeg å starte spørreskjemaet med demografiske data og kontekstuelle data. I tråd med Fink (2009) har jeg valgt å legge de ”tunge” hovedspørsmålene til midten av spørreskjemaet (spørsmålene 19, 23, 25).

### **5.2.3 Svaralternativ**

Jeg har valgt å bruke utelukkende lukkede svaralternativ med avkrysningsbokser. Valget er begrunnet ut fra at kommentarfelt ville være fordyrende i forhold til trykking av spørreskjema, og med så mange respondenter ville det vært en stor jobb å registrere og analysere åpne svar som tall (Fink, 2009; Johannesen, 2003; Polit og Beck, 2008). Siden spørreskjemaet er så pass

omfattende å svare på, vurderer jeg det også som betydningsfullt for respondenten at lukkede spørsmål normalt tar kortere tid å svare på enn åpne spørsmål (Fink, 2009; Johannesen, 2003; Polit og Beck, 2008). Mulige svakheter med lukkede spørsmål kan være at spørsmålene ikke klarer å fange opp viktige svar som ikke lar seg standardisere inn i ett lukket format, og at respondenten blir tvunget inn til å svare innenfor et svaralternativ som kanskje ikke er riktig for vedkommende (Fink, 2009; Polit og Beck, 2008). Jeg har forsøkt å motvirke disse effektene ved å bruke relativt detaljerte svaralternativer der åpne spørsmål hadde vært aktuelt, for eksempel i forhold til demografiske data som utdanning og arbeidsplass.

Svaralternativene i spørreskjemaet har verdier på kategorisk (nominal og dikotom), ordinalt og kontinuerlig målenivå. I spørsmålene som går på erfaring som sykepleier og som klinisk spesialist (spørsmålene 2, 3 og 4) har jeg valgt kontinuerlig målenivå for å kunne stå friere i hvordan jeg vil gruppere respondentene i analysen (Johannesen, 2003). Ellers er svaralternativene på de demografiske variablene stort sett på kategorisk målenivå. For å kunne måle intensitet i forhold til motivasjon for å bli klinisk spesialist og i forhold til hvordan kliniske spesialister opprettholder, videreutvikler og bruker sin faglige kompetanse til fagutvikling har jeg valgt ordinalt målenivå med likert skala på spørsmålene 7, 19, 22 og 23. Det samme gjelder påvirkningsfaktorer i spørsmål 25.

#### **5.2.4 Gjennomføring av pilottest**

En pilottest er en miniutgave av studien, designet for å teste metoden som skal brukes i studien. Et aspekt ved metoden er datainnsamlingsinstrumentets kvalitet og egnethet for studien (Polit og Beck, 2008). Jeg har valgt å pilotteste spørreskjemaet for studien, med spesiell vekt på respondentenes vurdering av om spørsmålene i spørreskjemaet var relevante i forhold til de sentrale begrepene. I tillegg ble respondentene bedt om å kommentere om de opplevde at det manglet eller var overflødige/irrelevante spørsmål i spørreskjemaet, om spørsmålene var tydelig formulert og hvor lang tid de brukte på å besvare spørreskjemaet. Pilottesten ble gjennomført i november 2009 ved at 6 sykepleiere med mer enn to års erfaring som kliniske spesialister ble bedt om å svare på spørreskjemaet og kommentere forhold i spørreskjemaet på et eget tilleggs-

dokument med kort informasjon om undersøkelsen og spørsmål som omhandlet spørreskjemaet (vedlegg 3).

Pilottesterne brukte i gjennomsnitt 20 minutter på å fylle ut skjemaet. Tilbakemeldingene viste i hovedsak at de kliniske spesialistene som testet spørreskjemaene var enig i at innholdet i spørsmålene representerte begrepene kompetanseutvikling, fagutvikling og faktorer som kan påvirke kompetanseutvikling/fagutvikling. Jeg fikk imidlertid noen tilbakemeldinger på at enkelte påstander/spørsmål hadde en vanskelig/uklar formulering, og at noen av spørsmålene lignet hverandre. Enkelte formuleringer ble derfor endret. For eksempel ble påstanden ”Jeg hjelper kollegaer til å få tilgang til faglige ressurser” endret til ”Jeg hjelper kollegaer til å få tilgang på faglige ressurser (litteratur, kurs, databaser o.s.v.) og påstanden ”Mine formidlingsevner er gode” ble endret til ”Jeg liker å undervise og veilede”.

## 5.3 Reliabilitet og validitet

Begrepene reliabilitet og validitet brukes både for å beskrive kvaliteten av undersøkelsen som helhet og av måleinstrumentet for undersøkelsen (Fink, 2009; Lund et al., 2002). En reliabel spørreundersøkelse gir konsistente og nøyaktige målinger av de kjennetegn vi er mest opptatt av (Lund et al., 2002). Validitet referer til undersøkelsens gyldighet og valid informasjon er avhengig av et adekvat forskningsdesign, gode begrepsoperasjonaliseringer, valg av passende personer, situasjoner og tid (ibid).

### 5.3.1 Reliabilitet

Måleinstrumentets reliabilitet, det vil si tilliten til at måleinstrumentet konsekvent, pålitelig og nøyaktig måler de ønskede kjennetegn, holdinger og kvalitet, er avhengig av at instrumentets gir samme resultat ved gjentatte målinger, at leddene i instrumentet måler det ønskede kjennetegnet og at uavhengige observatører er enig i scorene på

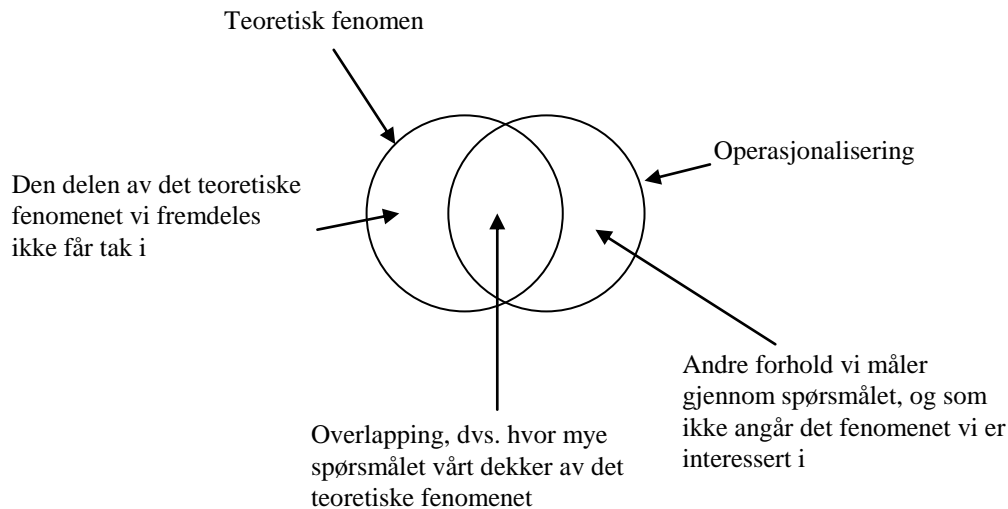
instrumentet (Fink, 2009, Lund et al., 2002; Polit og Beck, 2008). For at et måle-instrument skal være valid må det også være reliabelt, dvs. konsistent og nøyaktig (Polit og Beck, 2008). Vanlige indikatorer på et instruments reliabilitet er vurdering av måleinstrumentets stabilitet ved gjentatte målinger, ved hjelp av en test-retest og måling av instrumentets indre konsistens ved bruk av for eksempel Cronbachs alpha (Lund et al., 2002; Pallant, 2007; Polit og Beck, 2008). Cronbachs alpha gir en indikasjon på den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom variablene i spørreskjemaet, det vil si i hvilken grad de ulike variablene (påstandene/spørsmålene) måler det samme begrepet (Fink, 2009; Pallant, 2007; Polit og Beck, 2008). For mitt spørreskjema er det etter min vurdering relevant å undersøke indre konsistens mellom påstandene hvert av hovedspørsmål 19 (kompetanseutvikling), 23 (fagutvikling) og 25 (påvirknings-faktorer). Verdiene av Cronbachs alpha varierer fra 0 til 1, der  $\geq 0,7$  ofte regnes som akseptabelt (Pallant, 2007). I mitt spørreskjema var Cronbachs alpha for påstandene i spørsmål 19 lik 0,76, for spørsmål 23 lik 0,91 og spørsmål 25 lik 0,92.

### **5.3.2 Validitet**

Siden jeg selv har utformet spørreskjemaet for min studie, ønsker jeg å belyse hvordan jeg har forsøkt å sikre begrepsmessig gyldighet i studien. Begrepsvaliditet forstår jeg som ”grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det gjennom de indikatorene som benyttes” (Lund et al., 2002, s 172). I tillegg innebærer begrepsvaliditet at det ikke mangler viktige sider ved begrepene eller at spørsmålene måler delvis eller helt måler andre begreper (se figur 2) (Lund et al., 2002; Jacobsen, 2005). Den begrepsmessige operasjonaliseringen beskrevet i del 5.2 er med å sikre at spørsmålene i spørreskjemaet henger sammen med de teoretiske begrepene i forskningsspørsmålene.



**Figur 2** Samsvar mellom teoretisk fenomen og operasjonell definisjon (Jacobsen, 2005, s 348)



Lund et al. (2002) hevder at innholdsvaliditet er et aspekt av begrepsvaliditet. Slik jeg forstår forfatterne innebærer innholdsvaliditet at begrepene som skal operasjonaliseres må relateres til gruppen som undersøkes. For å sikre at innholdet i begrepene er relatert til sykepleie har jeg i henhold til anbefalinger i metodelitteraturen fått hjelp av ekspert på området (Polit og Beck, 2008; Fink, 2009; Jacobsen, 2005). Dersom respondenter og personer med kunnskap på området mener at begrepene er fornuftige og meningsfulle kan man regne dette som en første form for validering (Jacobsen, 2005). Min veileder som forsker på læring og kompetanseutvikling har gitt meg konkrete råd og veiledning i operasjonalisering av begrepene og i utforming av konkrete spørsmål. For å knytte begrepene til sykepleie har jeg i tillegg til teori om profesjonell kompetanse generelt, trukket inn teori/begrepsanalyser om kompetanseutvikling og fagutvikling i sykepleie. Jeg har også valgt å bruke beskrivelsen av hva fagutvikling innebærer i følge Rammeplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). I tillegg har jeg valgt å innlemme en kvalitativ studie som omhandler hva sykepleiere selv forstår som fagutvikling i grunnlaget for operasjonalisering av begrepet fagutvikling (Fagerjord, 2009).

Jacobsen (2005) hevder at det kan være lurt å diskutere operasjonaliseringene med respondentene. Et viktig aspekt ved pilottesten var derfor å finne ut om de kliniske spesialistene i testen opplevde at spørsmålene i spørreskjemaet var adekvat i forhold til

deres forståelse av begrepene kompetanseutvikling, fagutvikling og påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling/fagutvikling (5.1.7).

God ytre validitet innebærer at det med rimelig sikkerhet er mulig å foreta ikke statistiske generaliseringer til relevante individer, situasjoner og tider (Lund et al., 2002). Ytre validitet handler både om generalisering til en bestemt individpopulasjon og til en større populasjon (Lund et al., 2002; Polit og Beck, 2008). Siden alle kliniske spesialister med 2 år eller mer erfaring ble inkludert i studien anser jeg utvalget som representativt for populasjonen, og med en svarprosent på 66.8 % kan resultatene fra studien i utgangspunktet generaliseres til hele populasjonen kliniske spesialister med erfaring (Jacobsen, 2005). Systematisk skjevt frafall kan imidlertid være en trussel mot ytre validitet (Jacobsen, 2005). Enkelte kliniske spesialister ga tilbakemelding på mail om at de opplevde spørreskjemaet for somatisk rettet til å kunne svare på, og noen kliniske spesialister ga tilbakemelding på at de ikke kunne svare på spørreskjemaet fordi de hadde byttet arbeidsplass etter at de ble klinisk spesialist slik at deres kompetanse ikke lenger var relevant. Muligheten for et systematisk skjevt frafall av kliniske spesialister med arbeidsplassen utenfor somatisk sykehus, og personer som hadde byttet arbeidssted siden godkjenning anser jeg derfor som mulig. Gjennomsnittlig svarprosent for 103 av 106 variabler var på 97.2 %, og ingen av variablene hadde svarprosent under 10 %. For de resterende tre variablene (spørsmålene 11,12 og 18) var det ikke mulig å beregne svarprosent. Siden den gjennomsnittlige svarprosenten var såpass høy regner jeg faren for at et systematisk skjevt utvalg for enkeltvariabler som relativt liten.

## 5.4 Ethiske overveielser

Før utsendelse av spørreskjema mottok Viascan en fil med navn- og adresseliste til kliniske spesialister. Navn- og adresselisten ble brukt kun for å merke utsendingskonvolutt med navn- og adresse, og for å merke spørreskjemaene med id-nummer for å

kunne gjennomføre en purrerunde. Viascan skannet respondentenes besvarelser inn i en SPSS-fil der respondentene kun er identifisert med id-nummer. Siden filen med registeret over kliniske spesialister ble fakset direkte til datafangstfirmaet Viascan har ikke jeg og min veileder vært i direkte kontakt med personopplysninger, bortsett fra i tilfeller der respondentene frivillig har kontaktet oss per e-post eller telefon. Prosjektet krever imidlertid at personopplysninger blir håndtert. I henhold til krav om behandling av personopplysninger ble prosjektet derfor meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Godkjenning av prosjektet foreligger fra den 18. 11. 2009 (vedlegg 1). For å sikre at oppbevaringen og behandlingen av spørreskjema og identifiserende data skjer på en måte som sikrer respondentene konfidensialitet (Fink, 2009) er det skrevet databehandlingsavtale mellom NSF og datafangstfirmaet Viascan (Vedlegg 2).

Mine respondenter er yrkesaktive sykepleiere. Jeg anser derfor respondentene for å være kompetent til å gi et frivillig informert samtykke. Et viktig grunnlag for at deltakeren i en studie kan gi et frivillig samtykke er at vedkommende har fått tilstrekkelig informasjon (Fink, 2006; Polit og Beck, 2008; Ruyter, Førde og Solbakk, 2007). For å sikre at samtykke ble gitt på et korrekt grunnlag, ble det i forespørselen om deltakelse (Vedlegg 4) gitt grundig informasjon om blant annet studiens formål og databehandling og sikring av konfidensialitet. I tillegg fikk respondentene informasjon om at de ved å svare på og returnere spørreskjema ga et informert samtykke til å delta i studien.

NSF ga meg økonomisk støtte til å kunne gjennomføre studien. Det ble imidlertid ikke lagt noen føringer for innhold og utforming av spørreskjema fra NSF sin side.

## 5.5 Analyse

### 5.5.1 Analysestrategi

Alle svar i spørreskjemaet blir kodet i en datamatrise, og statistiske analyser utføres SPSS versjon 16.01.

Beskrivende statistikk brukes i følge Polit og Beck (2008) for å beskrive og fortette sentrale karakteristika ved utvalget. Variabler med nominalt målenivå og ordinalt målenivå blir her beskrevet ved hjelp av antall (N) og prosenter (%). I tillegg blir sentraltendens angitt ved gjennomsnitt(m) for ordinale data der det gjøres signifikans-testing. For variabler med numerisk målenivå blir gjennomsnitt(m) brukt. I tillegg blir standardavvik (SD) angitt som mål for spredning.

I tillegg til beskrivende statistikk, blir det gjort slutningsstatistikk.

Khi Kvadrat test blir brukt for å undersøke om respondentenes arbeidsplass har betydning for om kontekstuelle kompetanseforhold som; -fagutviklingssykepleier, -kompetanseplan, -kartlagt kompetanse, avsatt tid til veiledning og faglig ajourhold, er til stede på arbeidsplassen. Samme test blir brukt for å undersøke om ”vei til godkjenning som klinisk spesialist” (spørsmål 8) er avhengig av ”sykepleierelevant utdanningsbakgrunn”, ”arbeidsplass” og ”stillingstittel”. Khi Kvadrat testen beregner forskjellen mellom faktisk og forventet fordeling. Er forskjellene store mellom utvalgene, er det stor sannsynlighet for at det også er forskjell mellom populasjonene (Pallant, 2007)

I tillegg blir det testet om følgende variabler med ordinalt målenivå og fem verdier (avhengige variabler);

- ”begrunnelse for å bli klinisk spesialist” (spørsmål 7)
- ”hvor mye arbeidet bidro til å øke faglig kompetanse” (spørsmål 15)
- ”fortsatt spisskompetanse i fordypningsområde” (spørsmål 20)

- ”bruk av faglig kompetanse til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen” (spørsmål 21)
- ”kompetanseutviklingsaktiviteter” (spørsmål 19)
- ”fagutviklingsaktiviteter” (spørsmål 23)
- ”personlige og kontekstuelle påvirkningsfaktorer” (spørsmål 25)

er avhengig av respondentenes bakgrunn (uavhengige variabler);

- ”kjønn” (spørsmål 1)
- ”godkjenningstidspunkt som klinisk spesialist (Før år 2000/ F.o.m. år 2000)” (spørsmål 4)
- ”sykepleierelevant utdanningsbakgrunn” (spørsmål 5 og 6)
- ”vei til godkjenning” (spørsmål 8)
- ”arbeidsplass” (spørsmål 9 og 10)
- ”type sykehus” (spørsmål 11)
- ”stillingstittel” (spørsmål 13)

Metodelitteraturen er sprikende i forhold til valg av parametrisk eller ikke parametrisk testing av signifikante forskjeller når testvariablene har ordinalt målenivå med fem eller flere verdier. Generelt hevdes det at ikke parametriske tester i utgangspunktet er riktig analysemetode for variabler med ordinalt målenivå (Fink, 2009; Johannessen, 2003, Pallant, 2007, Polit og Beck, 2008). Samtidig hevder flere forfattere at med fem eller flere verdier, kan det forsvares å bruke samme tester som for variabler på intervall- og forholdstallsskala (Fink, 2009; Johannessen, 2003; Polit og Beck, 2008). I denne spørreundersøkelsen er statistikers<sup>4</sup> råd om å bruke ikke-parametriske tester valgt ut fra at svaralternativene er rangordnet, men strengt tatt ikke kan klassifiseres som numeriske. Variablene som er gruppert i gjennomsnittsskår<sup>5</sup> har i utgangspunkt ordinalt målenivå, men ved å utforme gjennomsnittsskår beveger skalaen seg mer mot numerisk nivå. Parametriske tester er likevel valgt også for gjennomsnittsskårene.

For å avdekke signifikante forskjeller i skår for avhengige variabler mellom undergruppene av uavhengige variabler med mer enn to grupper, benyttes Kruskal Wallis test som et ikke parametrisk alternativ til en veis analyse av varians (ANOVA).

---

<sup>4</sup> Statistiker ved Universitetet i Oslo

<sup>5</sup> Gjennomsnittsskårene beskrives nærmere i punkt underkapittel 5.5.2 og i tabell 4

Kruskal Wallis konverterer skår for hver gruppe til rangeringer som sammenlignes (Pallant, 2007). For å avdekke mellom hvilke undergrupper av de uavhengige variablene det er signifikante forskjeller, blir parvise tester med Mann Whitney U test benyttet. I tillegg blir Mann Whitney U test brukt for å avdekke signifikante forskjeller når den uavhengige variabelen bare har to undergrupper.

Ved Mann Whitney U test nummereres først respondentenes skår under ett, uten hensyn til hvilken gruppe de tilhører. Respondenten med høyest skår gis rangnummer 1, og respondenten med lavest skår får høyest rangnummer. Deretter summeres rangverdiene for hvert av de to utvalgene, og rangsummen viser da forskjellen i de to gruppene (Bjørndal og Hofoss, 2004). Dersom summen av rangtall er signifikant forskjellig for de to utvalgene kan nullhypotesen forkastes (Laake, Olsen og Benestad, 2008).

Metodelitteraturen anbefaler at median brukes for å vise retning av signifikante forskjeller ved bruk av ikke parametriske tester (Pallant, 2007, Laake et al., 2008). Siden skalaen for variablene med ordinale målenivå ikke har mer enn fem verdier, er det ikke alltid median (Md) er forskjellig tross at tester viser signifikante forskjeller i fordeling mellom undergrupper av den uavhengige variabelen. Som et alternativ til histogram for å vise forskjell til tross for lik median, har jeg av plassmessige hensyn valgt å vise retning av signifikante forskjeller mellom undergrupper ved å angi gjennomsnitt(m) i tillegg til p-verdi.

Alpha-nivå for studien er satt til  $\leq 0,05$ . For å kontrollere for type 1- feil er imidlertid alphanivået ved parvis testing av forskjeller mellom tre grupper Bonferronijustert til 0,017 (0,05/antall tester). I de tilfeller der forskjellene ikke er signifikante ved Bonferronijustering er p-verdien angitt slik i tabellene (\*).

## 5.5.2 Preparering av data

For å kunne gjøre bivariate analyser mellom uavhengige og avhengige variabler, er de uavhengige variablene knyttet til utdanning og arbeidsplass endret. I tillegg er utsagnene i spørsmålene 19, 23 og 25 gruppert og utregnet gjennomsnittskår av. I punktene under gis en nærmere beskrivelse av endringene.

### **Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn (spørsmål 5 og 6)**

I spørsmålene 5 og 6 ble respondentene spurt om de har tatt annen utdanning relevant for sykepleie henholdsvis før (spørsmål 5) og etter (spørsmål 6) at de ble klinisk spesialist. Spørsmålene ble slått sammen til en variabel som fikk navn "Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn"<sup>6</sup>.

Avkrysning for svaralternativ "Nei" både i spørsmål 5 og spørsmål 6 ble kodet til "Ingen annen utdanning", avkrysning for en eller flere utdanninger i enten spørsmål 5 eller spørsmål 6 fikk kode "Annen utdanning før eller etter" og avkrysning for en eller flere utdanninger både i spørsmål 5 og spørsmål 6 fikk kode "Annen utdanning både før og etter". Det ble ikke selektert i forhold til om respondentene hadde krysset av for en eller flere utdanninger før og eller etter godkjenning som klinisk spesialist.

### **Arbeidsplass ved godkjenning og per dags dato (spørsmål 9 og 10)**

Spørsmål 9 (Ansettelsessted ved godkjenning som klinisk spesialist) og spørsmål 10 (Ansettelsessted per dags dato) hadde i utgangspunktet ti svaralternativer. Det ble vurdert at ti svaralternativer var vanskelig å håndtere ved gjennomføring av slutningsstatistikk der respondentene ved ulike arbeidsplasser blir testet mot hverandre i parvise

---

<sup>6</sup> Før sammenslåing av spørsmålene ble respondentene som både hadde krysset av for svaralternativ "Nei" og ett eller flere andre svaralternativ kodet som missing. Det samme gjaldt de som ikke hadde krysset av for noe svaralternativ.

tester. For både spørsmål 9 og 10 ble derfor de ti svaralternativene slått sammen til fire grupper av arbeidsplasser (ansettelsessteder).

Svaralternativene "Kirurgisk avdeling", "Operasjon/Anestesi", "Medisinsk avdeling", "Mor/barn" og "Intensiv/Postoperativ" ble kalt "Somatisk sykehus". Selv om "Forebyggende helsetjenester" kan innebære forskjellig type arbeidsplasser, og alternativet skiller seg fra "hjemmetjenester" og "sykehjem" med sitt forebyggende fokus, mener jeg en sammenslåing med de to andre svaralternativene kan forsvares med at svaralternativene har til felles at det i stor grad er arbeidsplasser utenfor sykehus. De tre svaralternativene (Forebyggende helsetjenester, Hjemmetjenester, og Sykehjem) ble kalt "Arbeidsplass utenfor sykehus". Ansettelsessted innen psykisk helsevern kan innebære arbeid både i og utenfor sykehus. Jeg mener imidlertid svaralternativet er vesensforskjellig fra de andre svaralternativene. Jeg valgte derfor å beholde "Psykisk helsevern" som et eget svaralternativ. Siden svaralternativ "annet" kan inneholde mange ulike karakteristika som jeg ikke hadde mulighet til å få mer kunnskap om, valgte jeg å utelukke svaralternativet fra signifikanstesting av forskjeller mellom respondentene ved ulike arbeidsplasser.

### **Kompetanseutvikling(spørsmål 19), fagutvikling(spørsmål 23) og påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling og fagutvikling (spørsmål 25)**

Spørsmål 19 som omhandlet opprettholdelse og videreutvikling av faglig kompetanse som klinisk spesialist (kompetanseutvikling), spørsmål 23 som omhandlet hvordan respondentene oppfattet at de brukte sin faglige kompetanse til fagutviklingsarbeid (fagutvikling) og spørsmål 25 som omhandlet hvilke forhold respondentene mente påvirket deres kompetanseutvikling og fagutvikling (påvirkningsfaktorer), besto av mange underspørsmål (utsagn). For å bedre kunne se tendenser, og for å kunne analysere spørsmålene mot ulike bakgrunnsvariabler, ble utsagnene delt i grupper som det ble utregnet gjennomsnittsskår for. Litteraturgjennomgangen og inndelingen av kategorier i spørreskjemaet (tabell 3) er brukt som utgangspunkt for hvilke utsagn som ble innlemmet i hvert gjennomsnittsskår.



Skalaen i spørsmål 19 besto av seks verdier der 1= Svært sjelden, 2= Sjelden, 3 = Av og til, 4= Ofte, 5= Svært ofte, 6= Ikke aktuelt. For å unngå skjevhet i gjennomsnittsskår, ble ikke verdi 6= "Ikke aktuelt" regnet med i gjennomsnittsskårene. Tabell 4 viser inndelingen av gjennomsnittsskår for henholdsvis spm.19, 23 og 25, og hvilke utsagn som er innlemmet i hvert gjennomsnittsskår.

Tabell 4

Inndeling av spørsmålene 19, 23 og 25 i gjennomsnittsskår.

Hovedspørsmål	Inndeling i gjennomsnittsskår	Påstand
<u>Spørsmål 19</u> Kompetanseutviklingsaktiviteter (16 påstander)	Teoretisk orienterte aktiviteter (gjennomsnittsskår 19_1)	1,2,7,8,10,11 (6 påstander)
	Klinisk orienterte aktiviteter (gjennomsnittsskår 19_2)	3,4,5,6,9, 12, 13, 14,15,16 (10 påstander)
<u>Spørsmål 23</u> Fagutviklingsaktiviteter (18 påstander)	Fremming av endring i praksis (gjennomsnittsskår 23_1)	1,4,12,13,15,16,18 (7 påstander)
	Personalutvikling (gjennomsnittsskår 23_2)	2,3,5,6,8,9 (6 påstander)
	Implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling (- og sikring) i praksis (gjennomsnittsskår 23_3)	7,10,11,14,17 (5 påstander)
<u>Spørsmål 25</u> Påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling og fagutvikling (31 påstander)	Indre faktorer (hos den kliniske spesialisten selv) (gjennomsnittsskår 23_1)	6,7,8,25 (4 påstander)
	Lederen (gjennomsnittsskår 23_2)	19,20,22,23 (4 påstander)
	Posisjon/arbeidsoppgaver (gjennomsnittsskår 23_3)	1,2,3,24,26 (5 påstander)
	Arbeidsplasskultur (gjennomsnittsskår 23_4)	4,,11,21,27,28,29,30,31 (8 påstander)
	Ressurser (gjennomsnittsskår 23_5)	5,9,10,12,13,14,15,16,17,18 (10 påstander)

Gjennomsnittsskår på indeksene for henholdsvis spørsmålene 19, 23 og 25 indikerer hvor ofte respondentene gjennomsnittlig utviklet sin kompetanse gjennom henholdsvis teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter (spørsmål 19), hvor ofte respondentene gjennomsnittlig benyttet sin faglige kompetanse henholdsvis til aktiviteter som fremmer endring i praksis, personalutvikling og aktiviteter for å implementere fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikle praksis (spørsmål 23), og hvor enig respondentene var i at henholdsvis indre faktorer, lederen, posisjon/arbeidsoppgaver, arbeidsplasskultur og ressurser hadde betydning for kompetanseutvikling og fagutvikling (spørsmål 25).

## 6. PRESENTASJON AV FUNN

Presentasjon av funn er delt inn i fem deler:

- 6.1. Demografiske data og kontekstuelle data.
- 6.2. Vei til godkjenning som klinisk spesialist.
- 6.3. Begrunnelse for å utdanne seg til klinisk spesialist.
- 6.4. Utbytte av utdanningen og kompetansen som klinisk spesialist.
- 6.5. Hvilke aktiviteter respondentene oppfattet at de vedlikeholdt og videreutviklet kompetansen som klinisk spesialist gjennom (Kompetanseutviklingsaktiviteter).
- 6.6. Hvilke aktiviteter respondentene oppfattet at de anvendte kompetansen som klinisk spesialist gjennom (Fagutviklingsaktiviteter).
- 6.7. Hvilke faktorer respondentene oppfattet som betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen (Personlige og kontekstuelle påvirkningsfaktorer).
- 6.8. Andre funn.

### 6.1.1 Demografiske data og kontekstuelle data

Her presenteres bakgrunnsopplysninger om respondentene i forhold til kjønnsmessig fordeling, ansiennitet som sykepleier og klinisk spesialist. I tillegg vil respondentenes utdanningsbakgrunn, arbeidssituasjon og deres begrunnelse og vei til godkjenning som klinisk spesialist bli presentert.

### 6.1.2 Kjønn

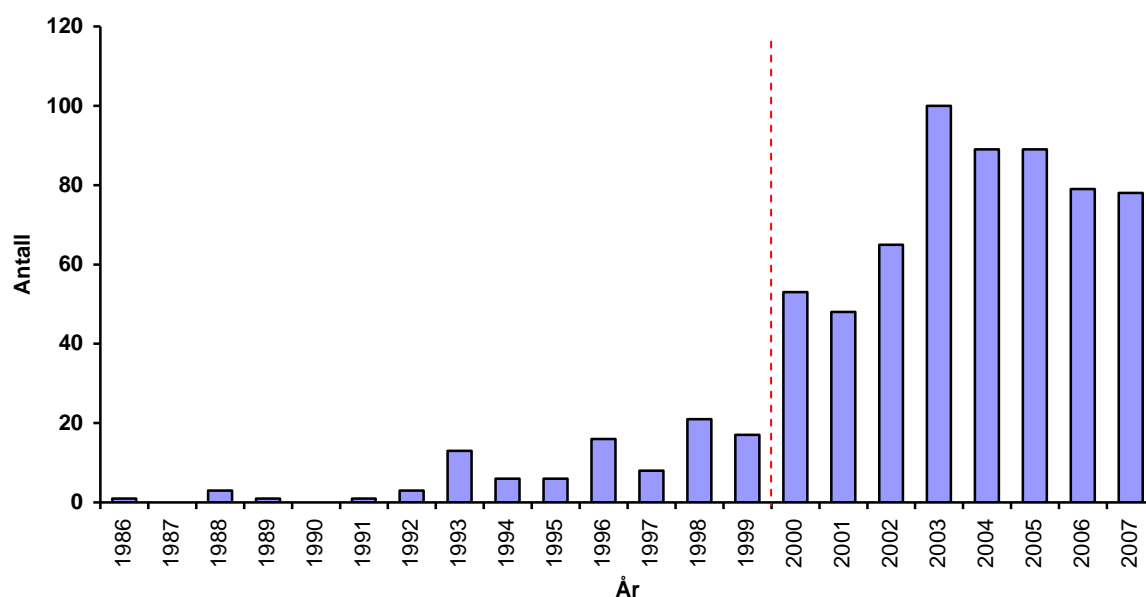
Totalt 748 respondenter besvarte spørreskjema. Av disse var 5,9 % (n=44) menn og 94,1 % (699) kvinner. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB, 2010) utgjør andelen mannlige sykepleiere 9,8 % av det totale antallet personer med utdanning som

sykepleier. Andelen mannlige kliniske spesialister var altså relativt sett lavere enn andelen mannlige sykepleiere registrert i Norge. Det stemmer imidlertid overens med at andelen mannlige kliniske spesialister i følge NSF's medlemstjenester var på topp i år 2000 (9 %), mens den gradvis har sunket de siste årene. Det innebærer at totalt 4,9 % av de kliniske spesialistene som fikk godkjenning innen år 2007 var mannlige kliniske spesialister per år 2007 ( $n = 54$ ) (NSF, 2010).

### 6.1.3 År som autorisert sykepleier/godkjent klinisk spesialist

Respondentene i utvalget hadde gjennomsnittlig vært autorisert som sykepleier i 24,7 år ( $SD = 9,0$ ), med en fordeling fra 7 til 49 år. Figur 3 viser fordeling av når respondentene ble godkjent som klinisk spesialist.

Figur 3 Godkjenning som klinisk spesialist ( $N=697$ )<sup>7</sup>.



Respondentene hadde gjennomsnittlig vært kliniske spesialister i 6,3 år ( $SD = 4,6$ ). Som figur 3 viser, var det svært få respondenter med godkjenning fra de første årene godkjenningsordningen eksisterte. Sett i lys av at flere kliniske spesialister ga tilbake-

<sup>7</sup> Rød stiplet linje markerer utgangspunkt for testing av forskjeller knyttet til utbytte av utdanningen til klinisk spesialist og i forhold til konkrete kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter og påvirkningsfaktorer (godkjent før år 2000 og f.o.m. år 2000)

melding om at de var pensjonister under distribusjon av spørreskjema (se 5.1.3) kan skjevfordelingen delvis skyldes at mange potensielle respondenter med lang erfaring som klinisk spesialist, hadde gått av med pensjon. Figuren viser også at overgangen mellom år 1999 og år 2000 danner et markert skille i antall respondenter som ble godkjent klinisk spesialist per år. I samme periode rapporterte NSF om økende interesse for godkjenningsordningen, flere søknader om kursgodkjenning og flere arbeidsgivere som tilpasset sine kompetanseutviklingsprogram til NSF's kriterier (NSF, 1999).

#### 6.1.4 Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn

Respondentene ble bedt om å oppgi om de hadde tatt annen utdanning relevant for sykepleie før og/eller etter at de ble godkjent klinisk spesialist (spørsmål 5 og 6)- (Tabell 5)<sup>8</sup>.

Tabell 5

##### Sykepleierelevant utdanningsbakgrunn.

<i>Utdanning før og/eller etter godkjenning som klinisk spesialist</i>	<i>%</i>	<i>N</i>
Ingen annen utdanning	22,7	165
Annen utdanning før eller etter	45,2	329
Annen utdanning både før og etter	32,1	234
Totalt	100	728

Som tabell 5 viser, oppga et flertall av respondentene at de hadde tatt annen utdanning før og/eller etter at de ble klinisk spesialist.

#### 6.1.5 Arbeidssituasjon

Respondentene ble spurt om hvor de var ansatt når de ble godkjent som klinisk spesialist og hvor de var ansatt når de svarte på spørreskjemaet (per dags dato).

<sup>8</sup> Se underkapittel 5.5.2 for nærmere informasjon om sammenslåing av spørsmålene 5 og 6 til en variabel

Respondentene hadde anledning til å krysse av for 10 alternative arbeidssteder. De 10 arbeidsstedene ble slått sammen til 4 arbeidssteder for å kunne foreta videre analyser (se 5.4.1). Tabell 6 viser hvordan respondentene fordelte seg ved ti ulike arbeidssteder, og inndeling av arbeidssteder i fire ulike ansettelsessteder ved godkjenning som klinisk spesialist og per dags dato.

Tabell 6

Ansettelsessted ved godkjenning som klinisk spesialist og per dags dato.

<i>Ansettelsessted</i>		<i>Ved godkjenning som klinisk spesialist (N= 726)</i>		<i>Per dags dato (N=723)</i>	
		<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Somatiske sykehus	Kirurgisk avd.	13,1	95	11,2	81
	Operasjon / Anestesi	3,6	26	4,6	33
	Medisinsk avd.	18,9	137	14,8	107
	Mor/barn	4,8	35	4,0	29
	Intensiv/Postoperativ	9,6	70	8,4	61
Totalt		50,0	363	43,0	311
Arbeidsplass utenfor sykehus	Hjemmetjeneste	5,0	36	3,7	27
	Sykehjem	0,7	5	2,2	16
	Forebyggende helsetjeneste	4,5	33	4,6	33
	Totalt	10,2	74	10,5	76
Psykisk helsevern		25,1	182	23,4	169
Annet		14,7	107	23,1	167

Flest respondentene oppga at de hadde sin arbeidsplass ved somatisk sykehus både ved godkjenning som klinisk spesialist og per dags dato, mens relativt få oppga at de hadde sin arbeidsplass utenfor sykehus (Tabell 6). Av de 478 respondentene som oppga at de var ansatt på sykehus per dags dato, oppga 57, 5 % at de var ansatt på lokalsykehus og 42,5 % at de var ansatt på universitetssykehus.

Ut fra tabell 6 kan det se ut som spesielt somatisk sykehus totalt sett mistet en del kliniske spesialister fra godkjenning fram til i dag, mens andelen kliniske spesialister innen psykisk helsevern og ved arbeidsplasser utenfor sykehus ser ut til å være relativt stabilt. Svaralternativ ”annet” skilte seg ut som det eneste ansettelsesstedet som hadde en økning i antall ansatte kliniske spesialister siden godkjenning.

Studien viste at totalt 18,2 % (n=129)<sup>9</sup> av respondentene hadde byttet arbeidsplass til en annen type avdeling eller annen type arbeidsplass siden de ble godkjent som klinisk spesialist, mens bare 6,4 % (n= 47) oppga at de hadde planer om å bytte arbeidsplass det nærmeste året.

I samsvar med at et flertall av respondentene oppga at de hadde tatt annen utdanning relevant for sykepleie (tabell 5), oppga en stor gruppe av respondentene at de per dags dato hadde stillingstittel - ”spesialsykepleier” (42,2 %, n = 300). De resterende respondentene oppga at de hadde stillingstittel - ”annet” (29,7 %, n =211), - ”sykepleier” (19,5 %, n=139) eller - ”fagutviklingssykepleier” (8,6 %, n=61). Selv om respondenter med stillingstittel - ”annet” var relativt stor, er ”annet” utelatt fra videre analyse fordi svaralternativet kan inneholde mange ulike stillingstitler som det ikke er mulig å få oversikt over (for eksempel lederstilling, forskningssykepleier og student).

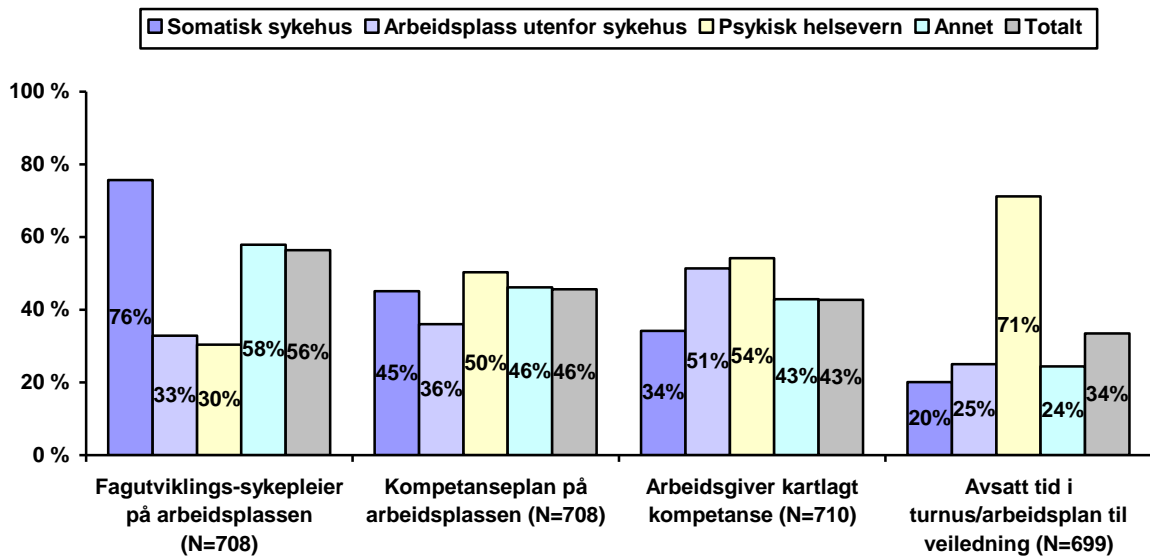
Et mindretall av respondentene (22,9 %, n= 165) oppga at de har fått ny stillingstittel som følge av at de har blitt godkjent som klinisk spesialist.

Respondentene ble bedt om å svare på en del kontekstuelle forhold på arbeidsplassen som i følge litteratur kan ha betydning for kompetanseutvikling og fagutvikling: Fagutviklingssykepleier på arbeidsplassen, Kompetanseplan på arbeidsplassen, Arbeidsgiver kartlagt kompetanse, Avsatt tid i turnus/arbeidsplan til veiledning (figur 4) og Avsatt tid til faglig ajourhold/fordypning per måned (tabell 8)

---

<sup>9</sup> Spørsmål 9 og 10 i spørreskjemaet er brukt som utgangspunkt (før inndeling i 4 typer arbeidssteder)

Figur 4 Kontekstuelle kompetanseforhold på arbeidsplassen (andelen respondenter som oppga svaralternativ ”Ja” ved ulike arbeidsplasser og totalt)



Note 1. Fagutviklingssykepleier: signifikant ved 0.000 nivå (Khi Kvadrat test)

Note 2. Kompetanseplan: ikke signifikant (Khi Kvadrat test)

Note 3. Kartlagt kompetanse: signifikant ved 0.001 nivå (Khi Kvadrat test)

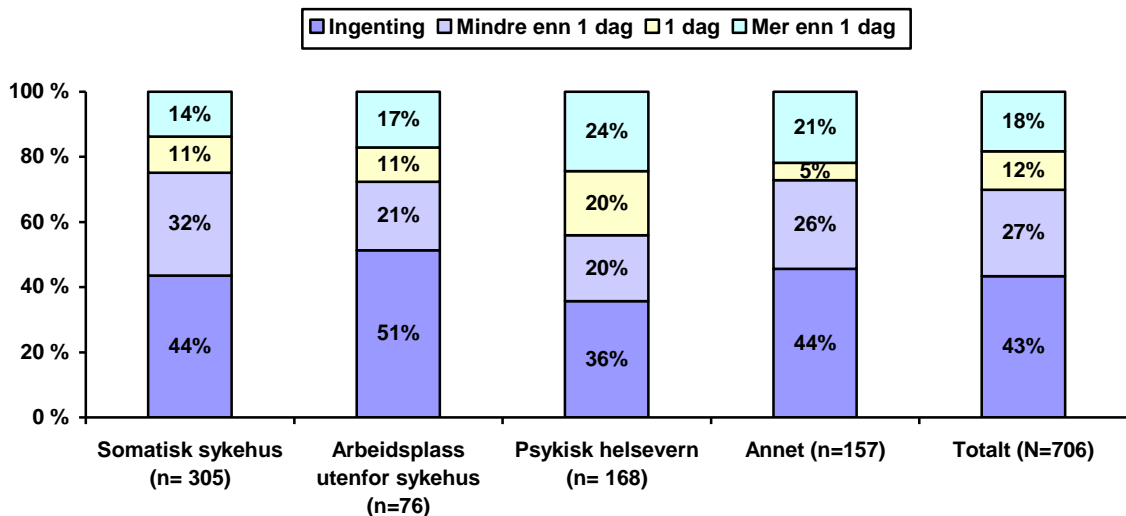
Note 4. Avsatt tid til veiledning: signifikant ved 0,000 nivå (Khi Kvadrat test)

Figur 4 viser andelen respondenter som krysset av for svaralternativ ”ja” for at de overnevnte kontekstuelle forholdene var til stede på arbeidsplassen<sup>10</sup>. Flest respondenter oppga at de hadde fagutviklingssykepleier på arbeidsplassen., mens færrest oppga at de hadde avsatt tid i turnus til veiledning. For begge forholdene varierte imidlertid respondentenes besvarelser stort i forhold til hvor de hadde sin arbeidsplass. Foruten funnene vist i figuren, skal det bemerkes at en betydelig andel respondenter oppga svaralternativ – ”vet ikke” i forhold til om det forelå kompetanseplan på arbeidsplassen (23, 6 %) og i forhold til om arbeidsgiver hadde kartlagt kompetanse (11,5 %).

Figur 5 viser en prosentvis fordeling av hvor mye tid respondentene ved ulike arbeidsplasser og totalt oppga at de hadde avsatt til faglig ajourhold/fordypning per måned.

<sup>10</sup> Skalaen for de kontekstuelle kompetanseforholdene hadde svaralternativene: – ”ja”, – ”nei” og – ”vet ikke”

Figur 5 Avsatt tid til faglig ajourhold/fordypning per måned



Note: Figuren er signifikant ved 0,000 nivå (Khi Kvadrat test)

Som figur 5 viser, oppga over enn to tredjedel av respondentene at de hadde mindre enn en dag per måned avsatt til faglig ajourhold/fordypning, av disse hadde størstedelen ingen avsatt tid. I likhet med kompetanseforholdet ”avsatt tid til veiledning” skilte respondentene innen psykisk helsevern seg noe ut fra de resterende respondentene, ved at andelen som oppga at de hadde en dag eller mer til faglig ajourhold var større enn hos respondentene ved andre arbeidsplasser.

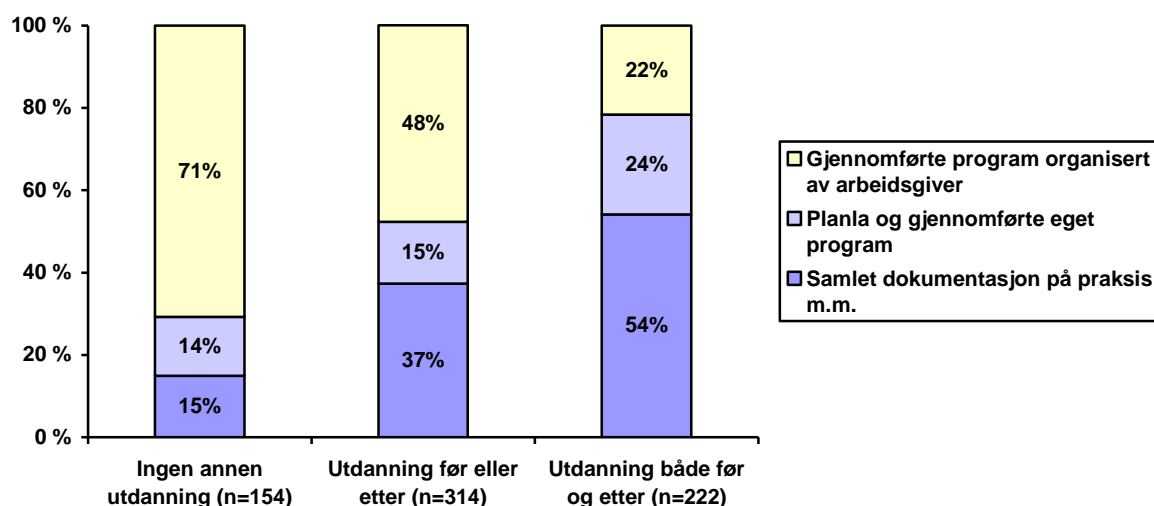
## 6.2 Vei til godkjenning som klinisk spesialist

Den største gruppen av de kliniske spesialistene (44,5 %) oppga at de gjennomførte et arbeidsgiverorganisert program (klinisk stige el.) for å bli klinisk spesialist, 38,1 % ble klinisk spesialist ved å samle dokumentasjon om praksis/veiledning/kurs/litteratur de hadde fra før (N= 704), mens 17,5 % oppga at de planla og gjennomførte sitt eget program. Studien viser at før år 2000 ble flest respondenter godkjent som klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon (57,4 %, n=54), mens det fra og med år 2000 var flest som ble godkjent gjennom å delta i program organisert av arbeidsgiver (48,4 %, n=274). Khi Kvadrat test bekreftet at forskjellene var signifikante ( $p = 0,000$ ).



Figur 6 (a, b og c) viser respondentenes vei til godkjenning relatert til deres bakgrunn med hensyn til utdanning og arbeidssituasjon.

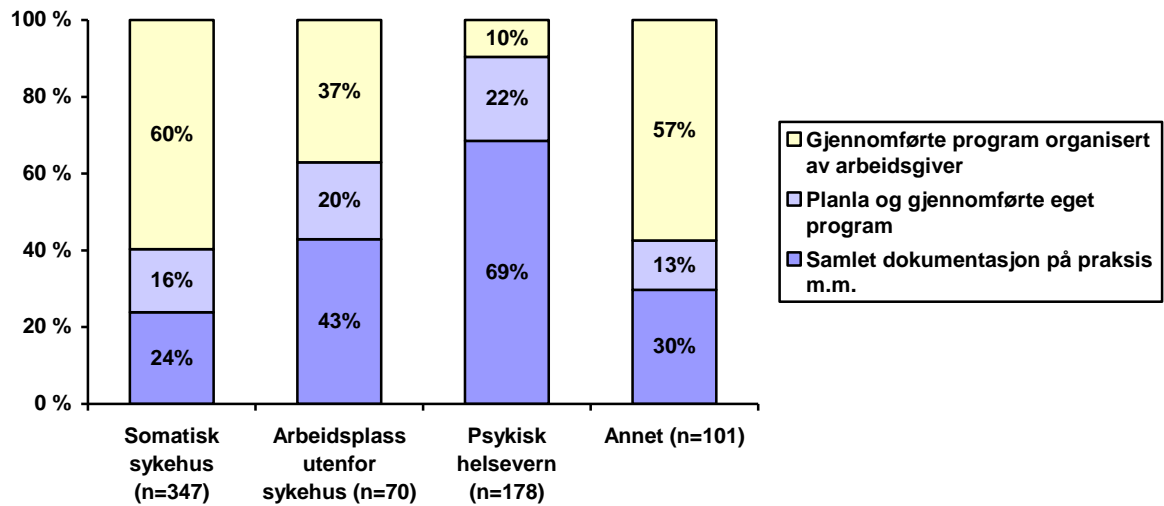
Figur 6a Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes sykepleie relevante utdanningsbakgrunn



Note. Signifikant ved 0,000 nivå (Khi Kvadrat test)

Som figur 6a viser var det et markant skille i vei til godkjenning som klinisk spesialist mellom respondenter med ulik utdanningsbakgrunn, og da spesielt mellom respondentene som oppga at de hadde tatt utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist og respondentene som ikke hadde tatt annen utdanning.

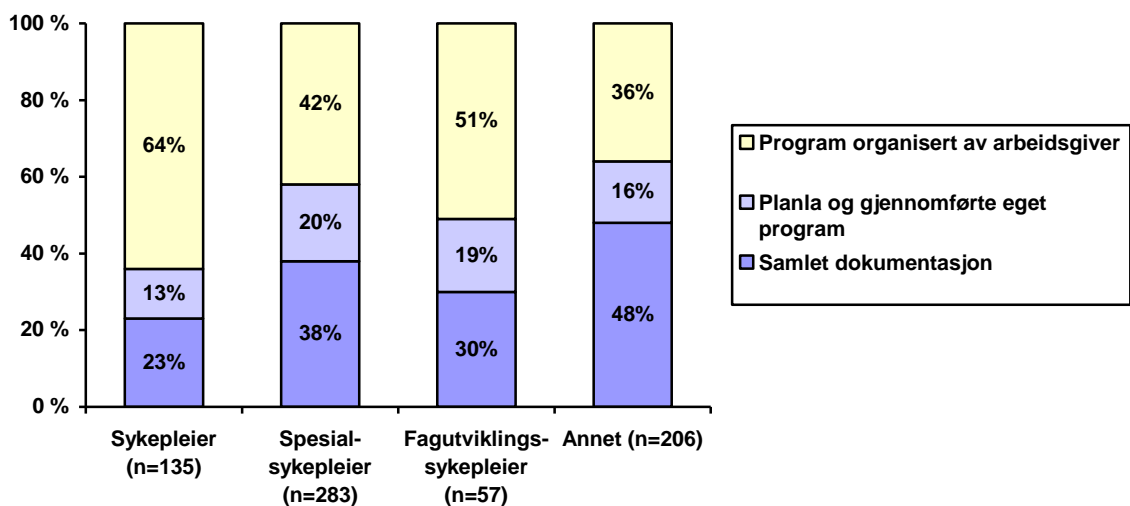
**Figur 6b** Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes arbeidsplass ved godkjenning



Note. Signifikant ved 0,000 nivå (Khi Kvadrat test)

Figur 6b viser at respondentene med arbeidsplass innen psykisk helsevern var gruppen som skilte seg mest ut, med en markert høyest andel som oppga at de ble klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon.

**Figur 6c** Vei til godkjenning som klinisk spesialist relatert til respondentenes stillingstittel



Note. Signifikant ved 0,000 nivå (Khi Kvadrat test)

Respondentene med ulik - "stillingstittel" svarte relativt samstemmig i forhold til hvilken vei de hadde gått for å bli klinisk spesialist. De med stillingstittel – "annet"

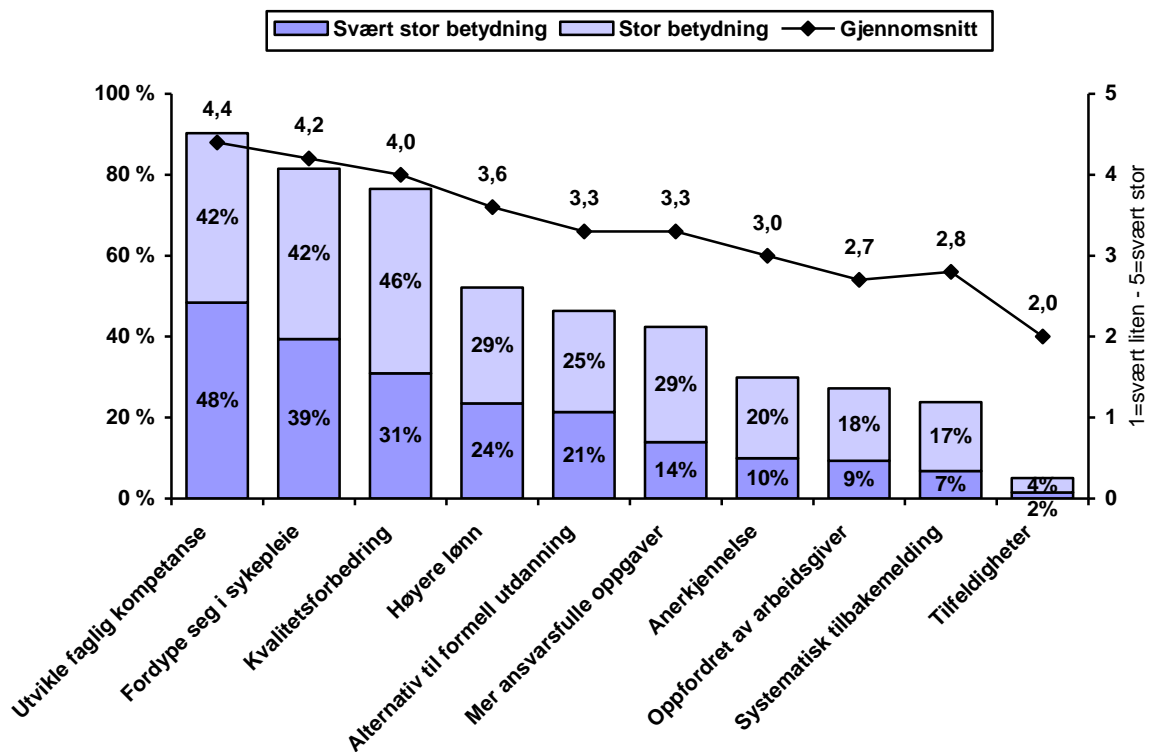
skilte seg riktignok ut med at flest ble klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon.

Sett under ett viser figurene (6a, b og c) at andelen respondenter som planla og gjennomførte eget program varierte lite med respondentenes bakgrunn, mens om respondentene samlet dokumentasjon på gjennomført praksis eller om de gjennomførte program organisert av arbeidsgiver i større grad varierte med deres bakgrunn.

## 6.3 Begrunnelse for å bli klinisk spesialist

Respondentene ble spurt om hvilke betydning ti ulike begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist hadde på en fempunkts skala med verdiene 1 = ingen betydning, 2 = liten betydning, 3 = en viss betydning, 4 = stor betydning og 5 = svært stor betydning (figur 7).

Figur 7 Begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist (N= 713-740)



Respondentene sett under ett, la mest vekt på indre faglige motivasjonsfaktorer. I tillegg ble ”ønske om høyere lønn” gitt relativt stor betydning, mens begrunnelsen ”arbeidsgiver oppfordret meg” hadde relativt lav skår (figur 7).

### **Forskjeller i skår for begrunnelser relatert til respondentenes bakgrunn<sup>11</sup>**

Det ble testet om det var signifikante forskjeller i begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist relatert til respondentenes bakgrunn ved Kruskal Wallis test (tabell 7).

Tabell 7

Signifikante forskjeller i begrunnelser for å bli klinisk spesialist relatert til respondentenes bakgrunn (Kruskal Wallis test).

	Sykepleierelevant utdannings bakgrunn	Vei til godkjenning som klinisk spesialist	Arbeidsplass per dags dato	Stillings tittel
<i>Begrunnelser for å bli klinisk spesialist</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Utvikle faglig kompetanse		***	***	
Fordype seg i sykepleie		*	**	
Kvalitetsforbedring	**	**	*	
Høyere lønn	*	***	**	
Mer ansvarsfulle arbeids- oppgaver	**			
Alternativ til formell utdanning	***	*		*
Anerkjennelse	***	***	*	
Systematisk tilbakemelding				*
Oppfordret av arbeidsgiver	***	***	***	*
Tilfeldigheter		**	*	

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . N varierte fra 484 til 727 (For ”arbeidsplass” og ”stillingstittel er svaralternativ ”annet” utelukket fra analysen).

Som tabell 7 viser, var det signifikante forskjeller relatert til respondentenes bakgrunn for alle begrunnelsene. Det skal imidlertid understrekes at uansett bakgrunn var det kun mindre forskjeller i rangering av begrunnelser, og alle respondentene uansett

<sup>11</sup> ”Respondentenes bakgrunn” brukes om demografiske og kontekstuelle forhold relatert til respondenten

bakgrunn hadde indre faglige motiver som viktigste begrunnelser (de tre første begrunnelsene i tabell 7 – lest ovenfra).

Det ble videre gjort parvise tester mellom undergrupper av alle bakgrunnsvariablene der klareringstesten (Kruskal Wallis test) viste signifikante forskjeller. På grunn av ordbegrensninger i oppgaven viser jeg bare testen av forskjeller relatert til respondentenes sykepleierelevante utdanningsbakgrunn (Tabell 8). De viktigste signifikante forskjellene knyttet til de andre bakgrunnsvariablene blir beskrevet i tekst etter tabell 8. Videre i oppgaven blir bare klareringstest vist i tabell, mens de viktigste parvise forskjellene presenteres i tekst etter tabellen.

Tabell 8

Parvise forskjeller i begrunnelse for å utdanne seg til klinisk spesialist relatert til respondentenes sykepleierelevante utdanningsbakgrunn (Mann Whitney U test).

	1. <i>Ingen annen utdanning</i> <i>m</i>	2. <i>Utdanning før eller etter</i> <i>m</i>	3. <i>Utdanning både før og etter</i> <i>m</i>	1 vs 2 <i>p</i>	1 vs 3 <i>p</i>	2 vs 3 <i>P</i>
<b><i>Begrunnelse for å bli klinisk spesialist</i></b>						
Utvikle faglig kompetanse	4,5	4,3	4,4	-	-	-
Fordype seg i sykepleie	4,2	4,1	4,2	-	-	-
Kvalitetsforbedring	3,9	4,0	4,2	-	**	(*)
Høyere lønn	3,6	3,5	3,7	-	-	**
Mer ansvarsfulle arbeidsoppgaver	3,3	3,1	3,5	-	-	**
Alternativ til formell utdanning	3,6	3,2	3,1	***	***	-
Anerkjennelse	2,8	2,9	3,3	-	***	***
Systematisk tilbakemelding	2,8	2,8	3,0	-	-	-
Oppfordret av arbeidsgiver	3,1	2,6	2,3	***	***	**
Tilfeldigheter	2,0	2,0	1,8	-	-	-

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , (\*) = ikke signifikant ved Bonferronijustering, \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tabell 8 viser respondentenes skår angitt i gjennomsnitt (m) for alle ti begrunnelsene. Samt parvise tester mellom undergruppene. Respondentene som hadde tatt annen utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist ga indre styrte begrunnelser som ”ønske om å bidra til kvalitetsforbedring av praksis” og ”ønske om anerkjennelse” signifikant høyere verdi enn de resterende respondentene, og respondentene som ikke hadde tatt annen utdanning hadde signifikant høyere skår for begrunnelsene ”arbeidsgiveren oppfordret meg” og ”ønske om et alternativ til formell utdanning”.

Relatert til respondentenes vei til godkjenning, var det svært mange signifikante forskjeller mellom undergruppene (samlet, planla og gjennomførte eget program, program organisert av arbeidsgiver). De mest signifikante forskjellene var at de som samlet dokumentasjon skåret lavere enn de to andre gruppene for ”ønske om å utvikle faglig kompetanse” og ”alternativ til formell utdanning”, mens de skåret høyere for ”anerkjennelse”. Respondentene som gjennomførte program organisert av arbeidsgiver hadde høyere skår for begrunnelsen ”oppfordret av arbeidsgiver” enn de resterende respondentene.

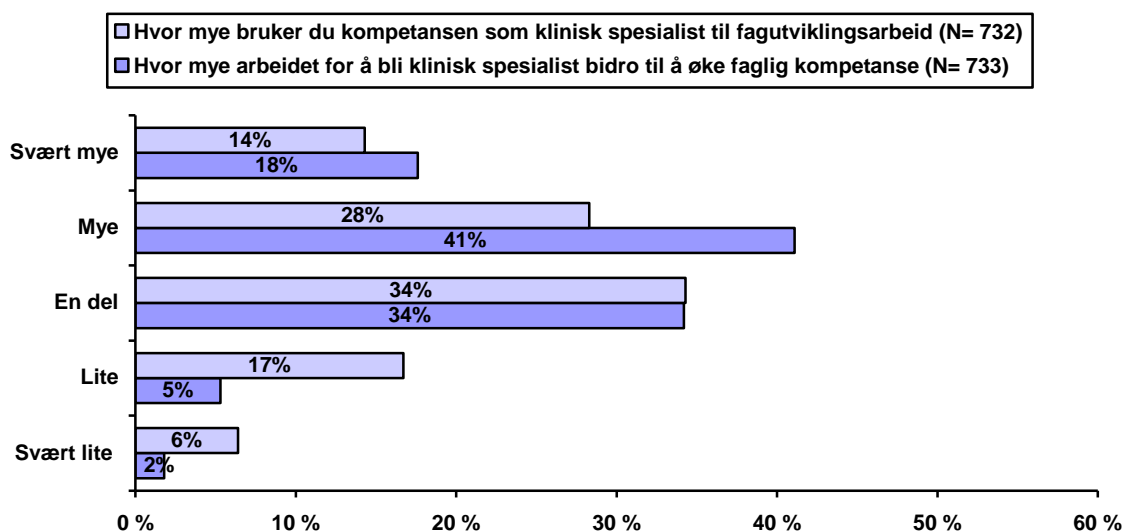
Av respondentene med ulik type arbeidsplass (somatisk sykehus, utenfor sykehus, psykisk helsevern), skilte de med arbeidsplass på somatisk sykehus seg mest ut, spesielt i forhold til respondentene innen psykisk helsevern. De skårer høyere for alle tre indre faglig motiverte begrunnelser, samt oppfordret av arbeidsgivere, mens de skåret lavere for ”anerkjennelse”.

For respondentene med ulik stillingstittel (sykepleier, spesialsykepleier, fagutviklings-sykepleier) var det få forskjeller i begrunnelse for å bli klinisk spesialist. Den viktigste forskjellen var at de med stillingstittel ”sykepleier” skåret høyere for begrunnelsen ”arbeidsgiver oppfordret meg” enn de med annen stillingstittel. Forskjellen var imidlertid kun signifikant i forhold til de med stillingstittel ”spesialsykepleier”.

## 6.4 Utbytte av utdanningen og kompetansen som klinisk spesialist

Her presenteres respondentenes besvarelser på spørsmål som har med faglig og personlig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist og av kompetansen som klinisk spesialist.

Figur 8 Faglig utbytte av utdanningen, og bruk av kompetansen som klinisk spesialist



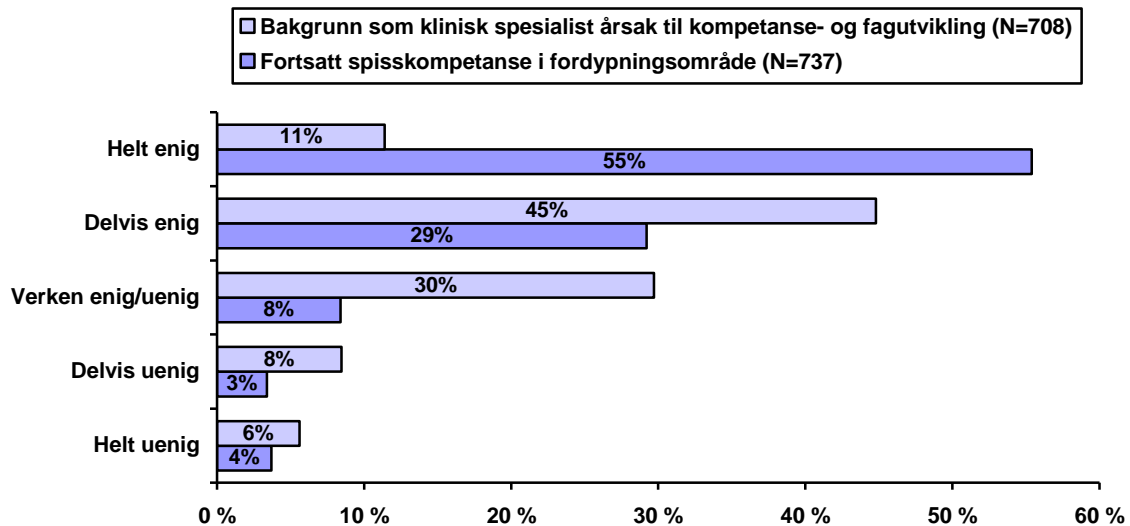
Som vist i figur 8, var flertallet av respondentene relativt positive både til at arbeidet for å bli klinisk spesialist bidro til å øke deres faglige kompetanse, og til at de brukte kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid. Nesten en fjerdedel av respondentene oppga imidlertid at de brukte kompetansen lite eller svært lite til fagutviklingsarbeid. Andelen som brukte kompetansen lite eller svært lite var enda høyere for de som hadde byttet type avdeling eller type arbeidsplass (34, 9 %, n=45). Selv når jeg utelater de som hadde byttet type avdeling/arbeidsplass, var det fortsatt 20,4 % (N=578) som brukte kompetansen lite eller svært lite til fagutvikling.

Respondentene ble bedt om å angi hvor enig de var i seks mulige faglige og personlige effekter av kompetansen som klinisk spesialist (faglig trygghet, positiv effekt på fagmiljøet, tar flere faglige initiativ, dyktigere i praktisk sykepleie, ivaretar pasient/pårørende bedre, flink til å kommunisere med kollegaer og pasient). Respondentene svarte svært positivt på alle forholdene (andelen som hadde krysset av for svaralternativene ”delvis eller helt enig” varierte mellom 88 og 96 % på en fem-punkts skala fra helt uenig til helt enig).

I figur 9 vises både en prosentvis fordeling av hvor enig respondentene var i at de fortsatt hadde spisskompetanse innen fordypningsområde, og av hvor enig

respondentene var i at det var bakgrunnen som klinisk spesialist som gjorde at de vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin faglige kompetanse i arbeidet.

**Figur 9** Langsiktig faglig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist



Som figur 9 viser, oppga et stort flertall av respondentene at de var delvis eller helt enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse innen sitt fordypningsområde. Tyngden av respondentene var delvis eller helt enig i at det var bakgrunnen som klinisk spesialist som gjorde at de vedlikeholdt, videreutviklet og brukte sin faglige kompetanse i arbeidet. Samtidig var en relativt høy andel usikker.

### **Forskjeller i skår for kortsiktig og langsiktig faglig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist relatert til respondentenes bakgrunn**

Det ble testet om bakgrunn hadde betydning for ”hvor mye respondentene opplevde at arbeidet for å bli klinisk spesialist bidro til å øke deres faglige kompetanse (spørsmål 15)”, ”hvor enig respondentene var i at de fortsatt hadde spisskompetanse i sitt fordypningsområde (spørsmål 20)” og ”hvor mye respondentene opplevde at de brukte kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid på sin arbeidsplass (spørsmål 21)”. Tabell 9 viser hvor det ble funnet signifikante forskjeller.



Tabell 9

Signifikante forskjeller i opplevelse av kortsiktig og langsiktig faglig utbytte av utdanningen til klinisk spesialist relatert til respondentenes bakgrunn (Kruskal Wallis test).

	Sykepleierelevant utdannings bakgrunn	Vei til godkjenning som klinisk spesialist	Arbeidsplass per dags dato	Stillings tittel
<i>Kortsiktige og langsiktige faglige nytteeffekter</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Utdanningen bidro til økt faglig kompetanse	**	***	**	
Fortsatt spisskompetanse i fordypningsområde	**	**	*	**
Bruk av faglig kompetanse til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen	***	*		***

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . N varierte fra 497-722 (For "arbeidsplass" og "stillingstittel" var svaralternativ "annet" utelatt fra analysen).

Som tabell 9 viser, var det mange signifikante forskjeller knyttet til respondentenes bakgrunn. Styrken av forskjellene var imidlertid varierende, og forskjellene var stort sett relativt små.

Relatert til "sykepleierelevant utdanningsbakgrunn" hadde respondentene som ikke hadde tatt annen utdanning signifikant høyere skår for at utdanningen bidro til å øke deres faglige kompetanse enn de med annen sykepleierelevant utdanning (før og/eller etter godkjenning som klinisk spesialist), samtidig skåret de signifikant lavest av gruppene i forhold til om de var enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse i fordypningsområdet og for hvor mye de brukte sin faglige kompetanse.

Av respondentene med ulik vei til godkjenning, hadde de som samlet dokumentasjon signifikant lavest skår for at utdanningen bidro til å øke deres faglige kompetanse. I forhold til spisskompetanse og bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid hadde imidlertid de som deltok i program organisert av arbeidsgiver lavest skår. For "spisskompetanse" var imidlertid skår kun signifikant forskjellig fra de som samlet dokumentasjon. Mens for "bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid" var skår bare signifikant forskjellig fra de som planla og gjennomførte eget program.

Som vist i tabell 9 var det svake signifikante forskjeller mellom respondentene med ulik arbeidsplass. Respondentene med arbeidsplass innen psykisk helsevern skilte seg

fra respondentene ved andre arbeidsplasser ved at de opplevde at utdanningen til klinisk spesialist bidro minst til å øke deres faglige kompetanse, samtidig som de var mest enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse. Skår for at utdanningen bidro til økt kompetanse var imidlertid kun signifikant forskjellig fra de som arbeidet ved somatisk sykehus, mens skår for fortsatt spisskompetanse kun var signifikant forskjellig fra de med arbeidsplass utenfor sykehus.

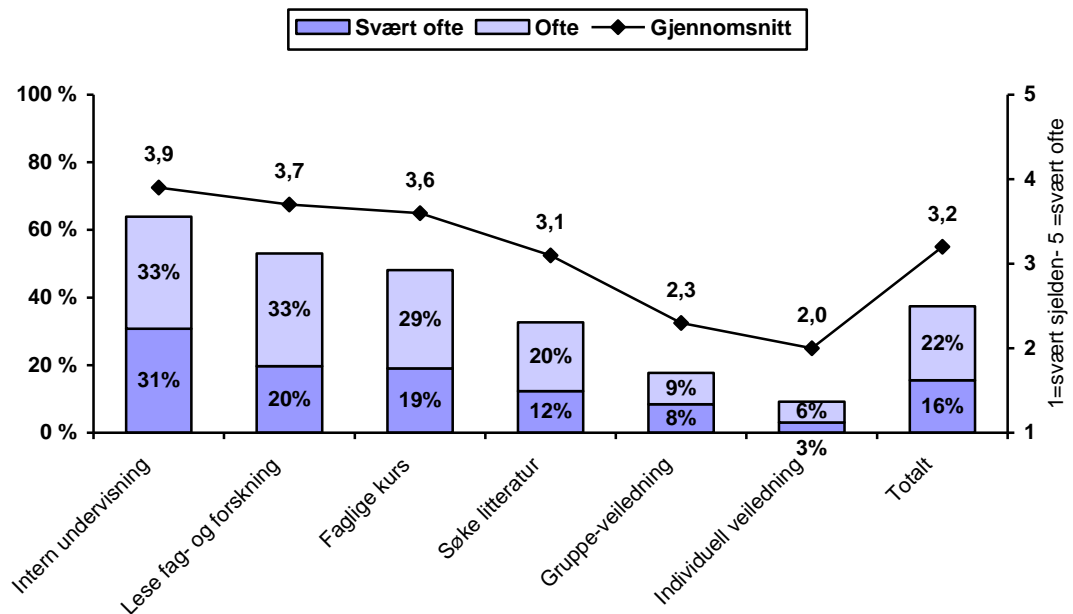
Stillingstittel hadde som vist i tabell 9, ikke betydning for hvor mye respondentene mente at utdanningen til klinisk spesialist bidro til økt faglig kompetanse.

Respondentene med stillingstittel ”sykepleier” hadde imidlertid lavest skår av gruppene med ulik stillingstittel for ”fortsatt spisskompetanse” og for ”bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid”. Respondentene med stillingstittel ”fagutviklings-sykepleier” hadde aller høyest skår av gruppene for bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid.

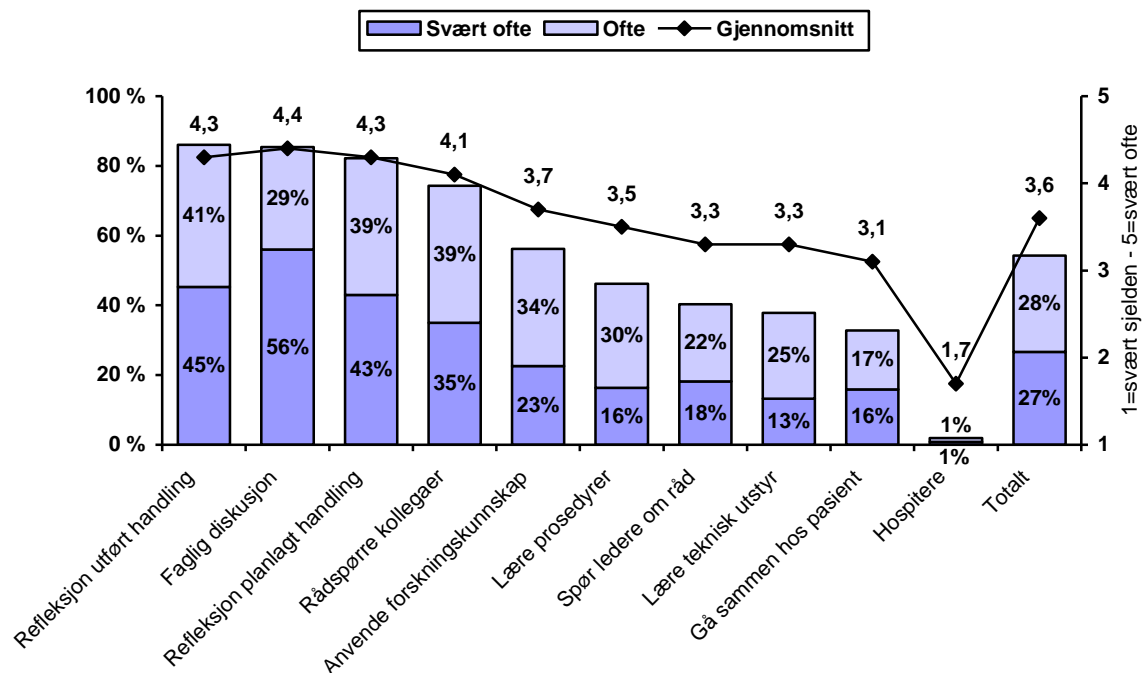
## 6.5 Kompetanseutviklingsaktiviteter

I spørsmål 19 ble respondentene bedt om å angi hvor ofte de deltok i - /utførte 16 ulike aktiviteter for å vedlikeholde og videreutvikle sin faglige kompetanse. Figur 10a og 10b viser de 16 aktivitetene gruppert i henholdsvis teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter (se bakgrunn for inndeling i kapittel 5.4.2). Figurene kommenteres under ett etter figur 10b.

Figur 10a Teoretisk orienterte aktiviteter (N= 723-730)



Figur 10b Klinisk orientert aktiviteter (N= 711-730)



Figurene 10a og b viser andel respondenter som hadde krysset for svaralternativene ”ofte og – ”svært ofte” for hver enkelt teoretisk og klinisk orienterte aktivitet, samt totalt for henholdsvis klinisk og teoretisk orienterte aktiviteter. I tillegg vises

gjennomsnitt for hver enkelt aktivitet og totalt (svaralternativ ”ikke aktuelt” er ikke inkludert i gjennomsnittsverdiene).

Klinisk orienterte aktiviteter hadde generelt høyere total gjennomsnittsskår enn teoretisk orienterte aktiviteter (figur 10a og b). Figurene viser imidlertid at det var relativt stor forskjell i gjennomsnittsskår(m) for de ulike aktivitetene gruppert innenfor samme type aktivitet. Flest oppga at de ofte eller svært ofte deltok i/- utførte klinisk orienterte aktiviteter knyttet til refleksjon og faglig diskusjon/rådføring med kollegaer, mens respondentene så ut til å konsultere sine ledere mindre hyppig i faglige spørsmål (figur 10a).

Som figur 10a og b viser, oppga respondentene at de relativt ofte leste- og anvendte fag- og forskningskunnskap. Samtidig var det relativt få som oppga at de ofte/svært ofte søkte etter litteratur i databaser. En relativt høy andel oppga dessuten at de sjelden/svært sjelden søkte litteratur i databaser (26,1 %).

Veiledning og hospitering var i særstilling de aktivitetene færrest deltok ofte i. Mange oppga dessuten at de sjelden/svært sjelden deltok i veiledning og hospitering (individuell veiledning - 61,2 %, gruppeveiledning - 47,4 %, hospitering - 65,0 %). En relativt høy andel av respondentene oppga dessuten at aktivitetene var uaktuell på deres arbeidsplass (gruppeveiledning; 21,0 %, individuell veiledning, 13,9 %, hospitering, 17,7 %).

### **Forskjeller i teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn**

Det ble undersøkt om det var forskjell i hvor ofte respondenter med ulik bakgrunn vedlikeholdt og videreutviklet sin kompetanse gjennom teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter. Tabell 10 viser hvor avklaringstesten (Kruskal Wallis test) avdekket signifikante forskjeller.

Tabell 10

Signifikante forskjeller for teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn (Kruskal Wallis test).

<i>Kompetanseutviklings aktiviteter</i>	Sykepleierelevant utdannings bakgrunn <i>P</i>	Vei til godkjenning som klinisk spesialist <i>p</i>	Arbeidsplass per dags dato <i>p</i>	Stillings tittel <i>p</i>
Teoretisk orienterte aktiviteter	***	***	***	***
Klinisk orienterte aktiviteter	***			***

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . N varierte fra 497-713 (For "arbeidsplass" og "stillingstittel" var svaralternativ "annet" utelatt fra analysen).

Som tabell 10 viser, var det signifikante forskjell relatert til bakgrunn for både teoretisk og klinisk orienterte aktiviteter. Forskjellene var imidlertid små, spesielt for klinisk orienterte aktiviteter. Det må dessuten understrekes at alle respondentene uansett bakgrunn hadde høyest skår(m) for klinisk orienterte aktiviteter.

Relatert til sykepleierelevant utdanningsbakgrunn, hadde respondentene som oppga at de hadde tatt annen sykepleierelevant utdanning (før og/eller etter at de ble klinisk spesialist) signifikant høyere skår for begge typer kompetanseutviklingsaktiviteter enn gruppen som ikke hadde tatt annen sykepleierelevant utdanning. Forskjellen var størst for teoretisk orienterte aktiviteter. For denne aktiviteten hadde de med utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist også høyere skår enn de som enten hadde tatt utdanning før eller etter godkjenning som klinisk spesialist.

Parvise tester avdekket videre at respondentene som deltok i program organisert av arbeidsgiver hadde signifikant lavere skår for teoretisk orienterte kompetanseutviklingsaktiviteter enn respondentene som hadde blitt godkjent som klinisk spesialist gjennom eget opplegg (samlet dokumentasjon, planla og gjennomførte eget program).

Respondentene med arbeidsplass innen psykisk helsevern hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår for teoretisk orienterte aktiviteter enn de ved andre arbeidsplasser.

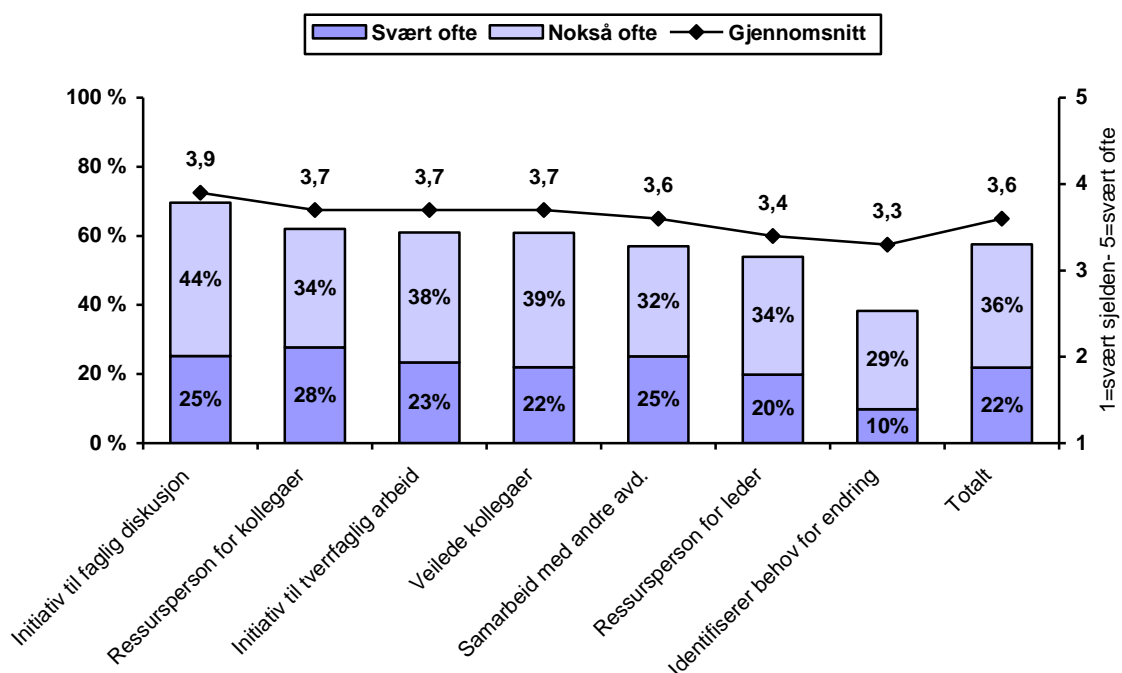
Av respondentene med ulik stillingstittel hadde de med spesialstillinger (spesialsykepleier/fagutviklingssykepleier) signifikant høyere skår for både teoretisk og klinisk

orienterte aktiviteter enn de med stillingstittel ”sykepleier”. For begge typer aktiviteter hadde ”fagutviklingssykepleier” aller høyest skår.

## 6.6 Fagutviklingsaktiviteter

Spørsmål 23 omhandlet hvor ofte respondentene oppfatter at de bruker sin faglige kompetanse til ulike fagutviklingsaktiviteter (atten påstander). Figur 11 (a, b og c) viser de atten påstandene inndelt i tre typer fagutviklingsaktiviteter. I figurene vises andel respondenter som krysset av for svaralternativene ”nokså ofte” og - ”svært ofte” for hver enkelt fagutviklingsaktivitet og totalt for hver type fagutviklingsaktivitet. I tillegg vises gjennomsnittsverdier for hver aktivitet og totalt.

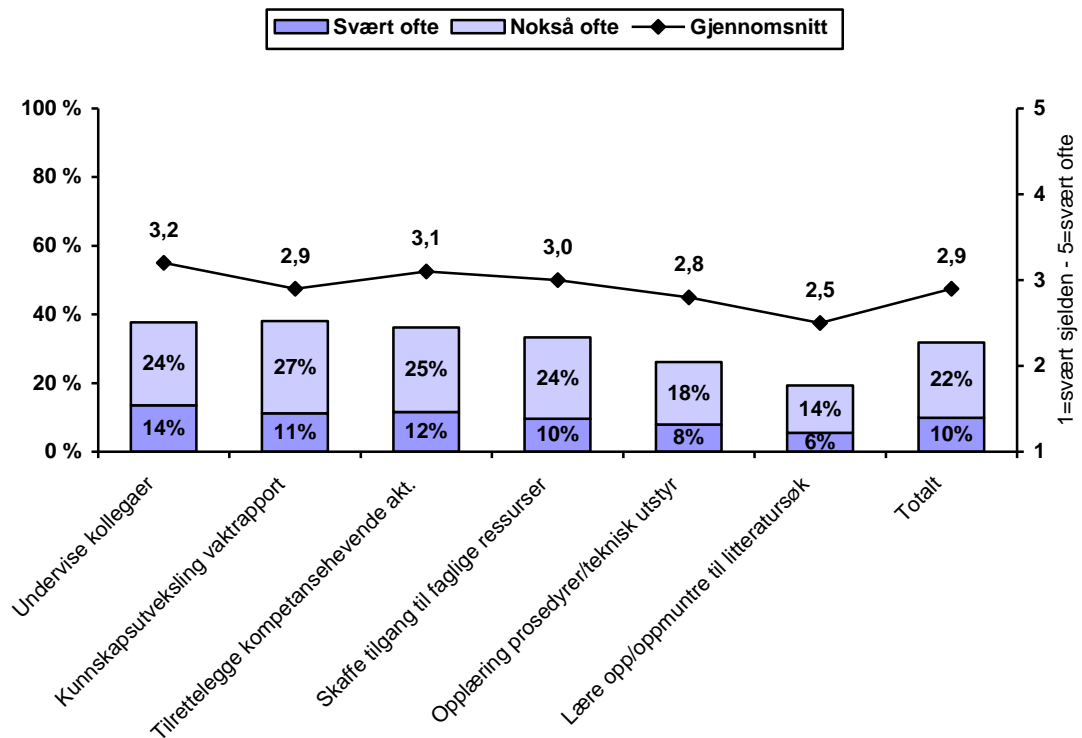
Figur 11a Aktiviteter forbundet med fremming av endring i praksis (N= 713-736)



Som gjennomsnittsverdiene i figur 11a viser, svarte respondentene relativt samstemmig i forhold til hvor mye de brukte kompetansen sin til aktivitetene gruppert under fremming av endring i praksis. En relativ høy andel oppga at de nokså eller svært ofte veiledet eller var ressursperson for sine kollegaer, samtidig som figur 10a

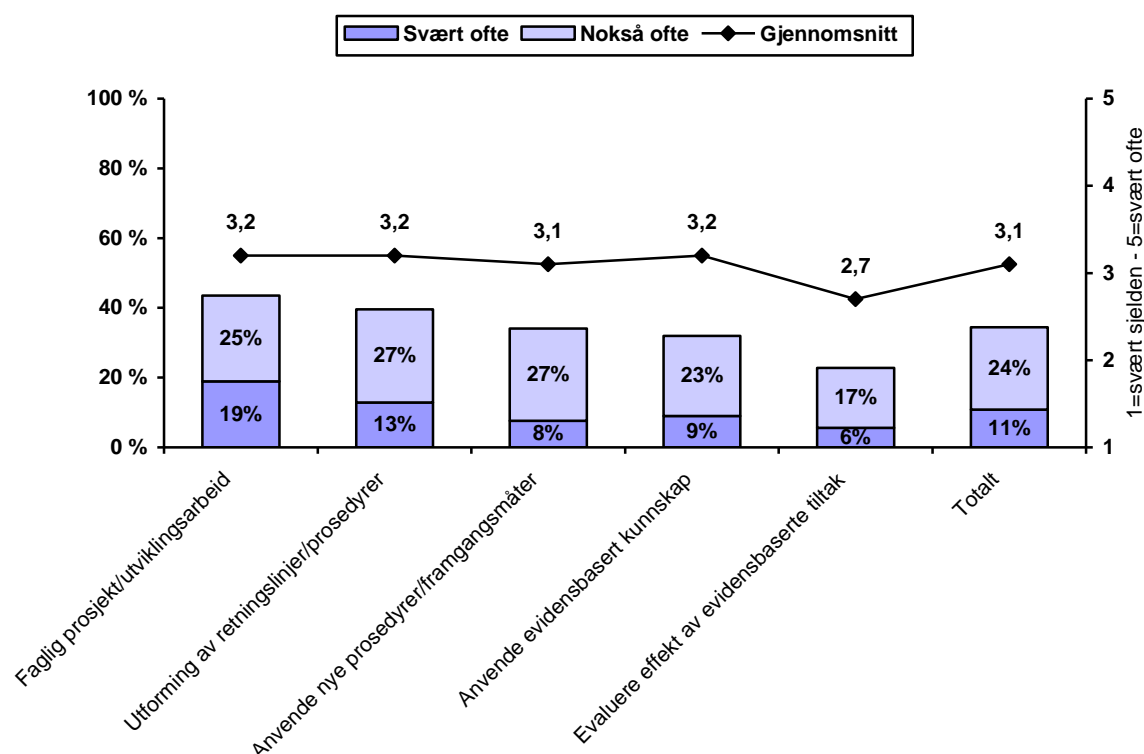
viste at respondentene relativt sjelden selv deltok i veiledning for å utvikle sin kompetanse.

**Figur 11b** Aktiviteter forbundet med personalutvikling (N= 676-732)



Respondentene brukte sjeldnere sin kompetanse som klinisk spesialist til aktiviteter knyttet til personalutvikling enn aktiviteter knyttet til fremming/tilrettelegging av endring i praksis (11a og b). Figur 11b viser at en relativt liten andelen respondenter oppga at de nokså eller svært ofte brukte kompetansen til opplæring av kollegaer i prosedyrer og teknisk utstyr og søk av litteratur. Som figur 11b viste oppga også relativt få at de ofte eller svært ofte lærte seg nye prosedyrer og teknisk utstyr.

Figur 11c Aktiviteter forbundet med implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis (N= 698-729)



Selv om respondentene skåret relativt høyt for at de leste og anvendte fag- og forskningslitteratur for å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse (figur 10a), viser figur 11 c at respondentene i noe mindre grad anvendte fag- og forskningskunnskap aktivt til kvalitetsutvikling og for å endre praksis.

### Forskjeller i skår for ulike typer fagutviklingsaktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn

Det ble undersøkt om det var forskjell i hvor ofte respondenter med ulik bakgrunn brukte sin kompetanse som klinisk spesialist til ulike typer fagutviklingsaktiviteter. Tabell 11 viser hvor avklaringstesten (Kruskal Wallis test) avdekket signifikante forskjeller.



Tabell 11

Signifikante forskjeller i skår for ulike typer fagutviklingsaktiviteter relatert til respondentenes bakgrunn (Kruskal Wallis test).

	Sykepleierelevant utdannings bakgrunn	Vei til godkjenning som klinisk spesialist	Arbeidsplass per dags dato	Stillings tittel
<i>Kompetanseutviklings aktiviteter</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Fremming av endring i praksis	***	***	***	***
Personalutvikling	***			***
Implementering av fag- og forskningskunnskap og Kvalitetsutvikling i praksis	***	***		***

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . N varierte fra 497-721 (For "arbeidsplass" og "stillingstittel" var svaralternativ "annet" utelatt fra analysen).

Som tabell 11 viser, var alle typer fagutviklingsaktiviteter avhengig av respondentenes bakgrunn. For respondentene med ulik "stillingstittel" var forskjellene relativt store. Ellers var forskjellene relativt små, og uansett bakgrunn hadde aktiviteten fremming av endring i praksis høyest skår.

Relatert til "sykepleierelevant utdanningsbakgrunn" hadde respondentene uten annen sykepleierelevant utdanning signifikant lavest skår for alle typer fagutviklingsaktiviteter, mens de med utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist hadde høyest skår for alle typer fagutviklingsaktiviteter.

Av respondentene med ulik vei til godkjenning som klinisk spesialist, hadde respondentene som oppga at de ble klinisk spesialist gjennom å delta i arbeidsgiverstyrt program signifikant lavest gjennomsnittsskår for både aktiviteter knyttet til fremming og tilrettelegging av endring i praksis og for aktiviteter knyttet til implementering av fag – og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis.

For respondentene med ulik arbeidsplass var det kun signifikant forskjell mellom respondentene med arbeidsplass innen psykisk helsevern og de med arbeidsplass på somatisk sykehus. Respondentene ved førstnevnte arbeidsplass skåret høyest for aktiviteter knyttet til fremming/tilrettelegging av endring i praksis.

Relatert til ”stillingstittel” var der relativt store forskjeller i skår mellom undergruppene. Spesielt i forhold til aktiviteter knyttet til ”personalutvikling” og ”å bringe forskning inn i praksis/kvalitetsutvikling”. Som for kompetanseutviklingsaktiviteter, hadde respondentene med stillingstittel som fagutviklingssykepleier høyest skår for alle typer fagutviklingsaktiviteter, mens respondentene med stillingstittel som sykepleier hadde lavest gjennomsnittsskår for de samme aktivitetene. Respondentene med stillingstittel ”fagutviklingssykepleier” hadde, som eneste undergruppe av respondentene, høyere skår for personalutviklingsaktiviteter enn aktiviteter forbundet med å bringe forskning inn i praksis og kvalitetsutvikling.

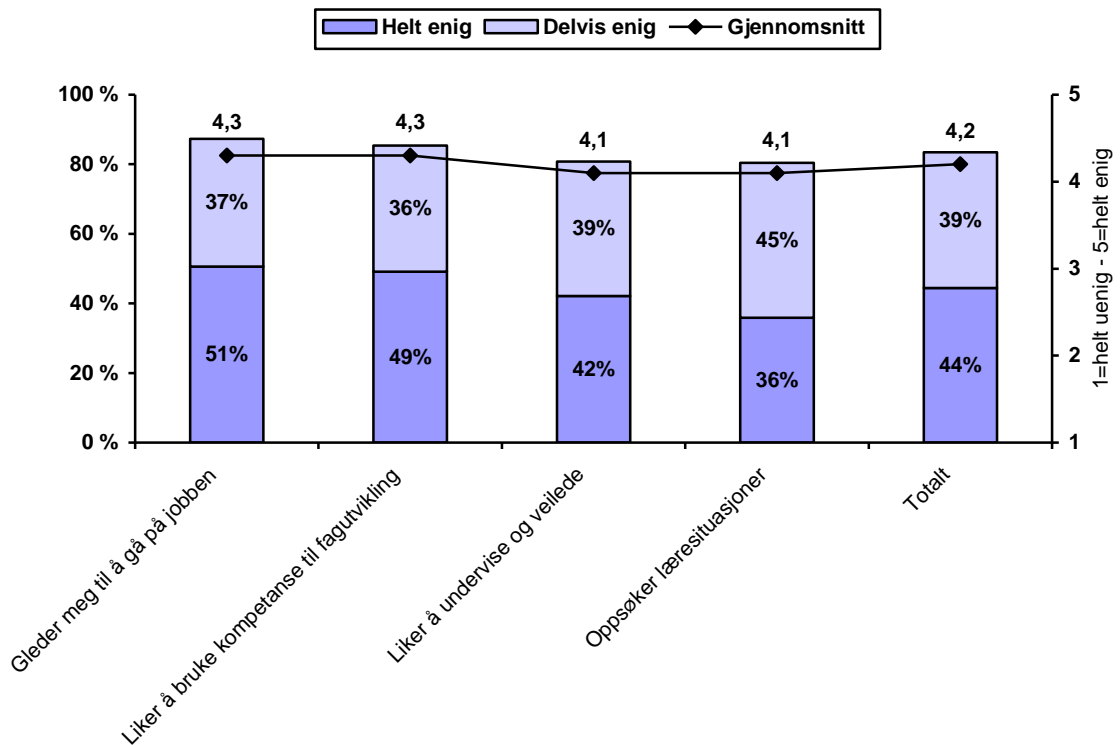
## 6.7 Personlige og kontekstuelle påvirkningsfaktorer

I spørsmål 25 ble respondentene bedt om å angi hvor enig de var i at tretten ulike forhold påvirket kompetanseutvikling og fagutvikling i sin arbeidshverdag.

Respondentenes besvarelser presenteres i fem figurer (12a, b, c, d og e) der de tretten utsagnene (påvirkningsfaktorene) er gruppert under fem typer påvirkningsfaktorer.

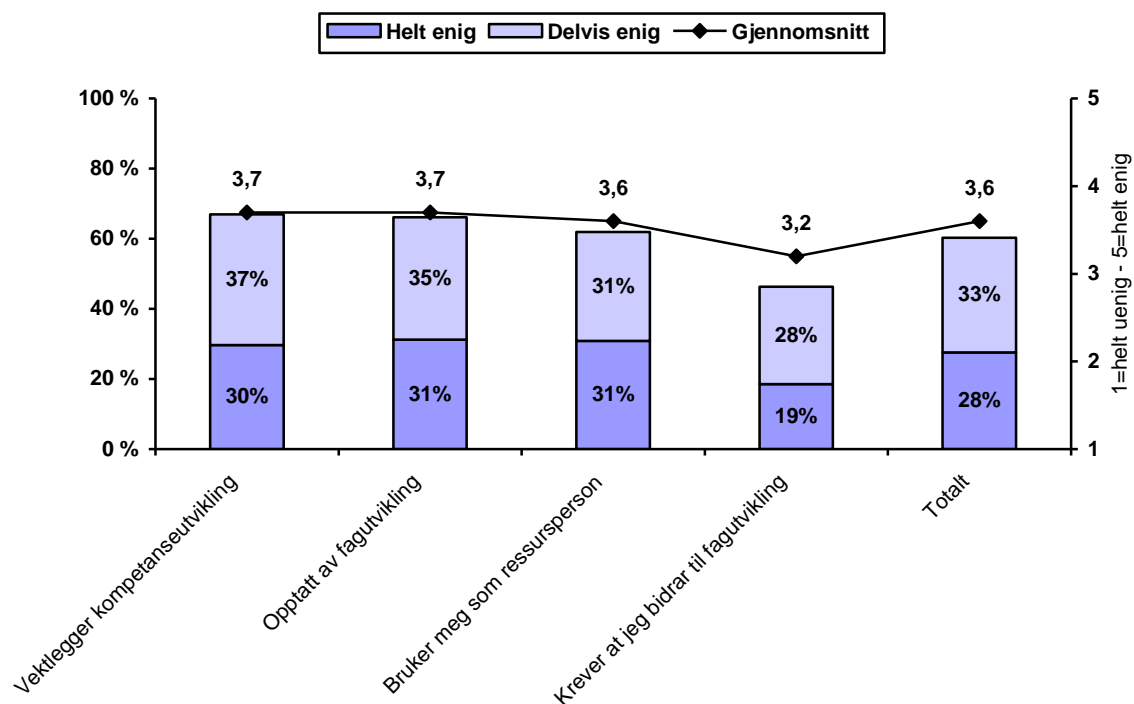
I figurene vises andel respondenter som krysset for svaralternativene ”delvis” og ”helt enig” for hver påvirkningsfaktor og for hver type påvirkningsfaktor totalt. I tillegg vises gjennomsnittsverdier for hver påvirkningsaktivitet og totalt.

Figur 12a Indre faktorer (N= 727-735)



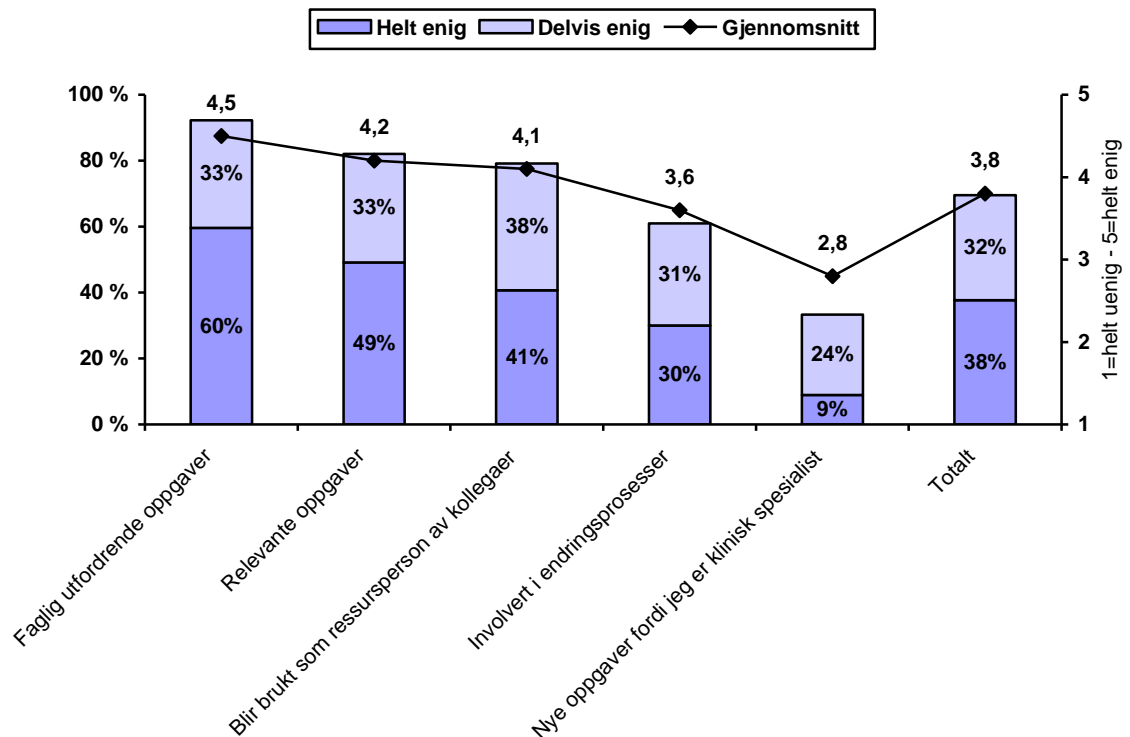
Ut fra skår var respondentene aller mest enig i at faktorer ved dem selv var av betydning for deres egne faglige utvikling og for bruk av kompetanse til fagutvikling (figur 12 a-e). Som figur 12a viser, var det ingen - ”indre faktorer” som skilte seg nevneverdig ut som mer eller mindre betydningsfulle forhold for kompetanse- og fagutvikling.

Figur 12b Lederen (N= 728-729)



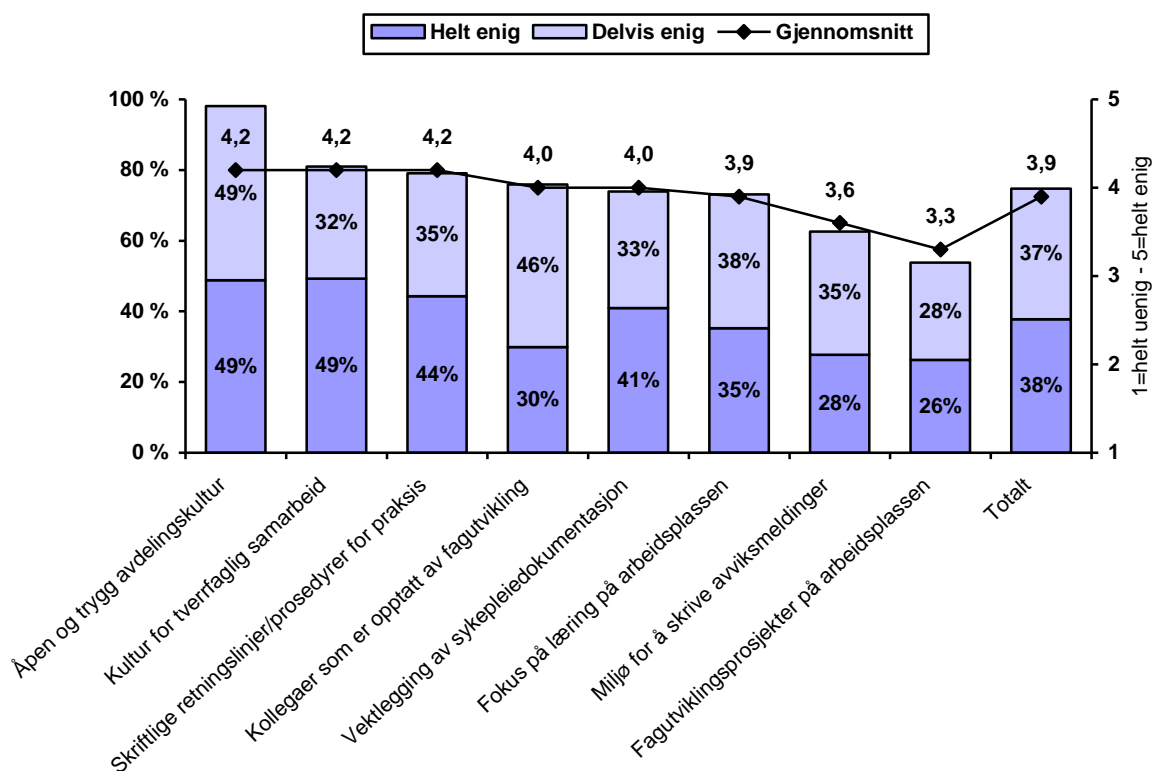
”Lederen” var ut fra totalgjennomsnitt den faktoren som respondentene rangerte som nest minst betydningsfull for kompetanse- og fagutvikling. Bortsett fra at en relativt liten andel respondenter var delvis eller helt enig i det var betydningsfullt at lederen stilte krav til dem om at de skulle bidra til fagutvikling, var imidlertid respondentene relativt enig i at lederen var betydningsfull for deres kompetanseutvikling og for bruk av kompetanse til fagutvikling (figur 12b).

Figur 12c Posisjon/arbeidsoppgaver (N= 729-734)



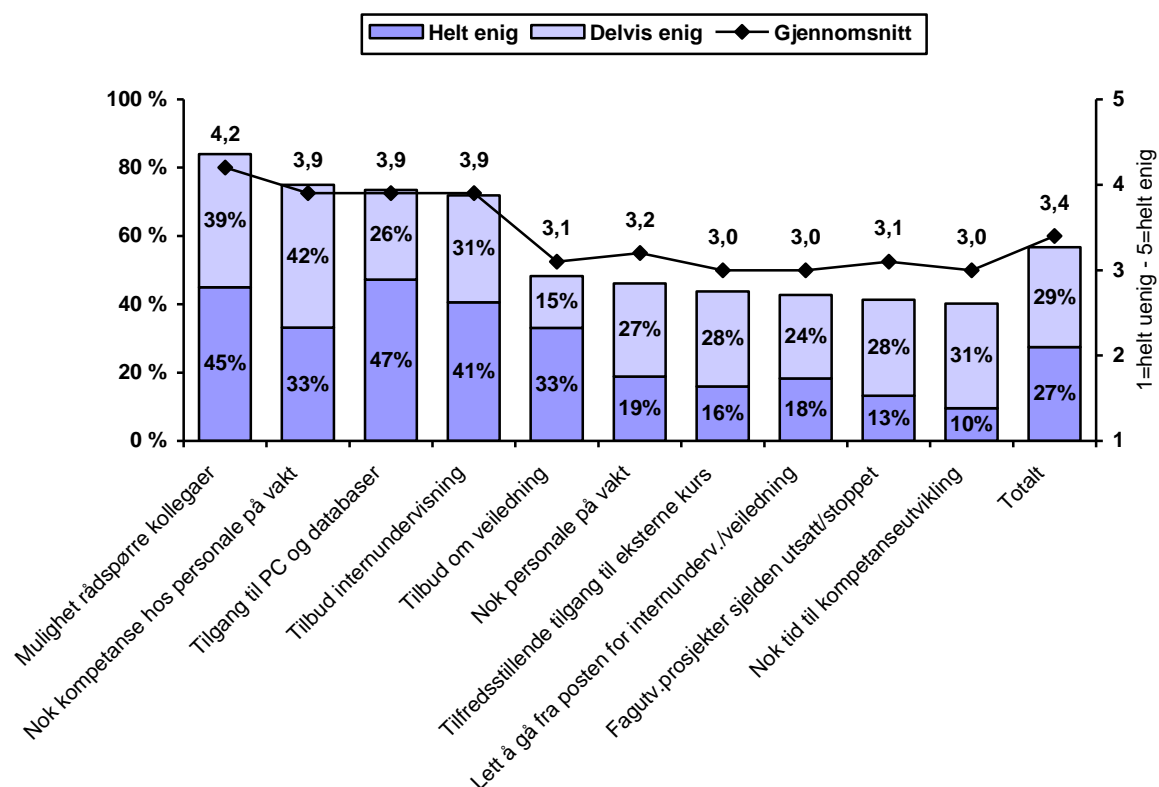
Figur 12c viser at respondentene i stor grad var enig i at faglig utfordrende og relevante oppgaver var betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetanse til fagutvikling, mens å få nye oppgaver som følge av kompetansen som klinisk spesialist så ut til å være av mindre betydning. En høyere andel respondenter var delvis eller helt enig i at det var av betydning at kollegaene brukte dem som ressursperson enn at lederne brukte dem (12b).

Figur 12d Arbeidsplasskultur (N= 724-734)



Figur 12d viser at en stor andel av respondentene var delvis eller helt enig i at forhold som hadde med det generelle klimaet på arbeidsplassen hadde betydning for deres kompetanseutvikling og for bruk av kompetanse til fagutvikling, og aller høyest skår hadde - ”avdelingskultur preget av åpenhet og trygghet og rom for å stille spørsmål”.

Figur 12e Ressurser (N= 713-734)



Figur 12e viser at flest var enig i at forhold knyttet til den daglige arbeidshverdagen, samt tilbud om internundervisning var av betydning for kompetanseutvikling og fagutvikling. Tid og tilgang til andre mer formelle aktiviteter og ressurser ble i mindre grad vektlagt som betydningsfullt for kompetanse – og fagutvikling.

### Forskjeller i skår for de ulike påvirkningsfaktorene relatert til respondentenes bakgrunn

Det ble også undersøkt om respondentenes bakgrunn hadde betydning for hvor enig de var i at ulike forhold påvirket deres muligheter for kompetanse- og fagutvikling. Tabell 12 viser hvor det ble funnet signifikante forskjeller.

Tabell 12

Signifikante forskjeller i gjennomsnittsskår for alle fem typene påvirkningsfaktorer relatert til undergrupper av bakgrunnsvariabler (Kruskal Wallis test).

<i>Påvirkningsfaktorer for kompetanseutvikling og fagutvikling</i>	Sykepleierelevant utdannings bakgrunn <i>p</i>	Vei til godkjenning som klinisk spesialist <i>p</i>	Arbeidsplass per dags dato <i>p</i>	Stillings tittel <i>p</i>
Indre faktorer	***	*	-	***
Lederen/Organisasjonen	**	**	***	***
Posisjon/Arbeidsoppgaver	***	**	**	***
Arbeidsplasskultur	-	-	**	*
Ressurser	***	***	***	***

Signifikansnivå er angitt slik: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ . N varierte fra 496-723 (For "arbeidsplass" og "stillingstittel" var svaralternativ "annet" utelatt fra analysen).

Som tabell 12 viser, var det svært mange signifikante forskjeller knyttet til respondentenes bakgrunn. Forskjellene var størst for "indre faktorer" og ressurser". Ut fra skår (gjennomsnitt) var det imidlertid ingen forskjell i hva respondentene vektla som mest og minst betydningsfullt for mulighetene til kompetanse- og fagutvikling. Retningen av forskjellene mellom undergruppene var i alle tilfeller lik retningen av forskjeller for kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter. Alle forskjellene var imidlertid ikke signifikante.

Relatert til "sykepleierelevant utdanningsbakgrunn" hadde respondentene uten annen sykepleierelevant utdanning lavest skår for alle typene påvirkningsfaktorer der klareringstesten viste forskjell. For påvirkningsfaktoren "lederen" var imidlertid ikke skår signifikant forskjellig fra de med utdanning før eller etter godkjenning som klinisk spesialist. For "indre faktorer" og "ressurser" hadde de med utdanning både før og etter signifikant høyest skår.

For respondentene med ulik vei til godkjenning, hadde de som deltok i program organisert av arbeidsgiver lavest gjennomsnittsskår for alle påvirkningsfaktorene der Kruskal Wallis avdekket signifikante forskjeller. For "indre faktorer" og "lederen" var skår imidlertid ikke signifikant forskjellig fra de som planla og gjennomførte eget program.



Knyttet til arbeidsplass, hadde respondentene med arbeidsplass innen psykisk helsevern høyest skår for alle påvirkningsfaktorene der klareringstesten avdekket forskjeller. Forskjellene var signifikante med unntak av at skår for ”arbeidsplasskultur” ikke var signifikant forskjellig fra de med arbeidsplass ved somatisk sykehus.

Av respondentene med ulik stillingstittel hadde de med stillingstittel ”sykepleier”, signifikant lavest skår for alle typene påvirkningsfaktorer. For påvirkningsfaktoren ”arbeidsplasskultur” var imidlertid skår ikke signifikant forskjellig fra de med stillingstittel ”spesialsykepleier”. For ”indre faktorer” og ”lederen” hadde de med stillingstittel ”fagutviklingssykepleier” også signifikant høyere skår enn respondentene med stillingstittel ”spesialsykepleier”.

## 6.8 Andre funn

Tester viste bare spredte signifikante forskjeller relatert til bakgrunnsvariablene; ”kjønn”, ”tidspunkt for godkjenning som klinisk spesialist” (Før år 2000/f.o.m.år 2000) og ”type sykehus” (lokal-/universitets-).

For respondenter med ulikt kjønn var det kun forskjell for begrunnelsen; ønske om kvalitetsforbedring ( $p = 0,013$ ) og for påvirkningsfaktorene; lederen (0,016), posisjon/arbeidsoppgaver (0,006) og ressurser (0,001). Kvinner hadde noe høyere skår enn menn for begrunnelsen ønske om kvalitetsforbedring. For de resterende signifikante funnene hadde mennene høyest skår.

For respondentene med ulikt tidspunkt for godkjenning som klinisk spesialist var det forskjell i skår for tre av ti begrunnelser for å bli klinisk spesialist; ønske om anerkjennelse (0,008), ønske om systematisk tilbakemelding (0,017) og oppfordret av arbeidsgiver (0,038). I tillegg var det signifikant forskjell for kompetanseutviklingsaktiviteter; teoretisk orienterte aktiviteter (0,005) og fagutviklingsaktiviteter; fremming og tilrettelegging av endring i praksis (0,032), personlige og kontekstuelle påvirkningsfaktorer; posisjon/arbeidsoppgaver (0,007) og ressurser (0,023).

Respondentene som ble godkjent fra og med år 2000 hadde høyest skår for begrunnelsen; oppfordret av arbeidsgiver. For de resterende signifikante funnene hadde respondentene som ble godkjent før år 2000 høyest skår.

For respondentene som var ansatt ved ulike typer sykehus, var det kun signifikant forskjell mellom respondentene som oppga at de var ansatt ved lokalsykehus og universitetssykehus i forhold til begrunnelsen; ønske om kvalitetsforbedring ( $p = 0,029$ ). Respondentene som arbeidet ved lokalsykehus hadde noen høyere skår enn respondentene som arbeidet ved universitetssykehus.

## 7. Diskusjon

Diskusjonen omkring forskningsfunnene er disponert etter forskningsspørsmålene, og drøftes mot sentral teori og forskning. I tillegg er funnene sett i forhold til mål og kriterier i godkjenningsordningen for klinisk spesialist (NSF, 2005). Utvikling av individuell kompetanse er en premiss for, og et aspekt ved fagutvikling (McCormack og Garbett, 2003; Mallett, 1997), og faktorer av betydning for individuell kompetanseutvikling og bruk av kompetanse er i stor grad sammenfallende. Jeg har derfor valgt å diskutere hvordan de kliniske spesialistene vedlikeholder og videreutvikler kompetansen, og hvordan de anvender kompetansen til fagutviklingsarbeid under ett. Datamaterialet er svært omfattende, og gir rom for mange diskusjoner. En masteroppgave gir begrensede ressurser både i forhold til tid og disponibel plass. For at ikke diskusjonen skulle bli for utflytende med lite substans har det derfor vært nødvendig å velge ut noen sentrale temaer for diskusjon. Dette gjelder spesielt i forhold til hvordan de kliniske spesialistene konkret oppga at de vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin faglige kompetanse og i forhold til faktorer de mente påvirket deres kompetanseutvikling og bruk av kompetanse til fagutvikling. Kapittelet avsluttes med metode-refleksjon.

### 7.1 Utbytte av utdanningen, opprettholdelse av spisskompetanse og bruk av kompetanse til fagutvikling

#### 7.1.1 Faglig og personlig utbytte

##### **Positivt hovedinntrykk av utdanningens faglig og personlig utbytte**

Studien viser at de kliniske spesialistene oppfattet at utdanningen generelt hadde vært positivt for deres faglige og personlige utvikling. En stor andel opplevde at

utdanningen bidro mye eller svært mye til å øke deres faglige kompetanse, mens svært få opplevde at utdanningen hadde liten effekt. Omtrent ni av ti var også helt eller delvis enig i at kompetansen som klinisk spesialist ga dem økt faglig trygghet, hadde positiv effekt på fagmiljøet i avdelingen og gjorde at de tok flere faglige initiativ. En like stor andel opplevde at de ble bedre i stand til å ivareta pasient og pårørende, dyktigere i praktisk sykepleie og flinkere til å kommunisere.

Resultatene fra min studie er sammenfallende med funn fra tidligere studier på kliniske spesialister. Tidligere studier har også trukket fram hvordan deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister opplevde at programmet hadde rustet dem med generelt økt faglig kompetanse (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007), personlige og faglige effekter som økt faglig trygghet, bedre kommunikasjons- evner (Kvamme og Bjerke, 2003), flere faglig initiativ (Andersen, 1997; Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003) og økt dyktighet i praktisk sykepleie (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003). Oppfattelsen av individuell nytte av utdanningen ser slik sett ikke ut til å ha forandret seg etter minimum to års erfaring som klinisk spesialist.

### **7.1.2 Spisskompetanse og bruk av kompetanse til fagutvikling**

#### **Har generelt beholdt spisskompetansen og bruker den også i stor grad fortsatt**

Et av forskningsspørsmålene var ”oppfatter kliniske spesialister at de fortsatt har spisskompetanse innen sitt fordypningsområde, og at de bruker sin kompetanse som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid?”. Dette ser i stor grad ut til å være tilfelle. Et stort flertall av de kliniske spesialistene oppfattet at de hadde spisskompetanse innen fordypningsområdet fra utdanningen. De svarte også relativt positivt i forhold til hvor mye de brukte kompetansen sin til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen. Tidligere studier har også funnet at sykepleie alt overveiende opplevde at arbeidet for å bli klinisk spesialist ga dem spisskompetanse (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004),

og at de brukte kompetansen sin til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal 2004; Tradin, 2007).

Ut fra teori om kompetanseutvikling utgjør spisskompetansen og den generelle kompetansen som den kliniske spesialisten ervervet seg gjennom arbeidet for å bli klinisk spesialist, en del av den kliniske spesialistens handlingsgrunnlag (Nygren, 2004). Hvor vidt kompetansen forblir en operativ handlingskompetanse, avhenger av den kliniske spesialistens evner til å vedlikeholde, tilpasse, omforme og anvende de delene av kompetansen som er aktuell og relevant i hans/hennes nåværende arbeids-situasjon (ibid). At majoriteten av de kliniske spesialistene opplevde at de hadde beholdt spisskompetansen fra sitt fordypningsområde, tyder på at arbeidet for å bli klinisk spesialist ikke bare ga deltakerne konkret kompetanse, men også noen redskaper og stimuli til å vedlikeholde kompetansen sin.

### **En fjerdedel bruker kompetansen sin lite til fagutvikling**

Selv om studien viser at de kliniske spesialistene opplevde at utdanningen til klinisk spesialist ga store individuelle effekter, var det imidlertid nesten en fjerdedel som oppga at de brukte kompetansen lite til fagutviklingsarbeid. Ut fra en forståelse av at kompetanse ikke bare innebærer å ha kunnskaper og ferdigheter, men også det å kunne bruke dem på en god måte i den aktuelle konteksten (Kirkevold, 1996; Nygren, 2004), viser min studie at de kliniske spesialister generelt hadde opparbeidet seg et godt handlingsgrunnlag, men at en del kliniske spesialister ikke fikk omformet kompetansen til praktisk bruk.

Bytte av arbeidsplass kan delvis forklare at en betydelig andel av de kliniske spesialistene brukte kompetansen lite eller svært lite fagutviklingsarbeid. Ikke uventet var det en høyere andel av de kliniske spesialistene som hadde byttet type avdeling eller type arbeidsplass, som brukte kompetansen lite eller svært lite til fagutviklingsarbeid. Bytte til nytt arbeidsfelt kan medføre at spisskompetansen som klinisk spesialist ikke lenger er like relevant (Engelund, 2003). Som beskrevet tidligere, utstyrte imidlertid utdanningen de kliniske spesialistene med et generelt økt handlingsgrunnlag

i form av generelle faglige og personlige effekter på individnivå som potensielt også burde kunne brukes innenfor andre arbeidsfelt.

Ved å utelukke de som hadde byttet type avdeling eller type arbeidsplass var det fortsatt en femtedel av de kliniske spesialistene som brukte kompetansen lite eller svært lite. Disse utgjør med andre ord fortsatt en betydelig andel. Forhold av betydning for bruk av kompetansen diskuteres nærmere i neste kapittel.

### **7.1.3 Forhold av betydning for faglig utbytte og bruk av kompetanse**

I litteraturen skisseres flere faktorer av betydning for utvikling og bruk av kompetanse. Nygren (2004) deler disse inn i indre og ytre faktorer. Indre faktorer handler om yrkesutøverens evne til å utvikle og bruke kunnskaper og ferdigheter på en god måte i den aktuelle konteksten (Kirkevold, 1996; Nygren, 2004), men også om yrkesutøverens verdier, motivasjon og generelle kapasitet til å beherske ytre betingelser (Nygren, 2004). Ytre faktorer har med omgivelsene rundt yrkesutøveren; eksempelvis arbeidsmiljø og tilgang til ressurser (ibid).

#### **Annen utdanning har betydning for faglig utbytte og bruk**

Mange av de kliniske spesialistene hadde tatt annen utdanning relevant for sykepleie før og eller etter at de ble klinisk spesialist. Et interessant funn var at de kliniske spesialistene som ikke hadde tatt tilleggsutdanning i sykepleie, opplevde at arbeidet for å bli klinisk spesialist bidro signifikant mer til å øke deres faglige kompetanse enn tilfellet var for de som hadde tatt annen sykepleierelevant utdanning. Samtidig var de mindre enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse og i at de brukte kompetansen til fagutviklingsarbeid. De vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte også kompetansen sin signifikant mindre til konkrete aktiviteter enn tilfellet var for de som hadde tatt annen tilleggsutdanning. Kliniske spesialister som hadde tatt utdanning både før og etter at de ble godkjent som klinisk spesialist, utviklet og brukte i de fleste tilfellene kompetansen sin aller mest.

Kompetanse handler i følge Eraut (1994) om rekkevidde og kvalitet, der rekkevidde innebærer omfanget eller bredden av kompetansen, mens kvalitet handler om kompetansenivå innenfor ett eller flere felt. En mulig tolkning av forskjellene relatert til sykepleierelevant utdanningsbakgrunn, kan være at med annen utdanning har man allerede dekket noe av det faglige påfyllet som klinisk spesialist utdanningen gir. Samtidig gir annen utdanning en større faglig bredde og flere faglige redskaper til å lære og til å benytte seg av tilgjengelige læringsmuligheter. En konsekvens kan dermed være at kompetansen bevares bedre og kapasiteten til å bruke kompetansen økes, slik også Nygren (2004) beskriver.

### **Spesialstillinger har og bruker i større grad spisskompetansen**

Studien avdekket at kliniske spesialister som hadde spesialstillinger i større grad enn vanlige sykepleiere vurderte at de hadde spisskompetanse, og at de brukte den i fagutviklingsarbeid. De samme forskjellene og retningen av forskjellene ble også funnet i forhold til konkrete kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter. De med stilling som fagutviklingssykepleier skilte seg spesielt positivt ut. En forklaring på forskjellene kan være at spesialstillinger gjerne stiller krav til tilleggstudning, og dermed mulighet for utvidet rekkevidde og eventuelt økt kompetansenivå innen eget felt. Dette er i samsvar med teori om at rekkevidden av kompetansen utvides og kompetansenivået økes gjennom utdanning (Eraut, 1994). I tillegg har posisjon og type arbeidsoppgaver som er knyttet til stillingen betydning for hvordan man deltar i et praksisfellesskap, og dermed for hvordan man utvikler og bruker sin kompetanse (Nygren, 2004). Fagutviklingssykepleier er her i en særstilling gjennom en posisjon som både krever og gir en utvidet rekkevidde for kompetansen, og større muligheter og forventninger til bruk av kompetansen (Christiansen, 2009).

### **Vei til godkjenning har betydning for faglig utbytte og bruk**

De kliniske spesialistenes vei til godkjenning varierte ut fra når de fikk sin godkjenning. Før år 2000 var det flest som samlet dokumentasjon, mens det fra og med år 2000 var det flest som deltok i program organisert av arbeidsgiver. I og med at tyngden av de kliniske spesialistene i studien ble godkjent etter år 2000 (figur 3) er det

ikke overraskende at det totalt var flest som ble godkjent gjennom å delta i program organisert av arbeidsgiver, mens det i Kvamme og Bjerkes (2003) studie fra år 2002 fortsatt var litt flere som samlet dokumentasjon.

Studien avdekker at vei godkjenning har betydning for utvikling og bruk av kompetanse. De som ble klinisk spesialist gjennom å samle dokumentasjon opplevde i signifikant mindre grad at utdanningen bidro til å øke deres faglige kompetanse enn de som hadde gått andre veier for å bli klinisk spesialist. Dette kan skyldes at de som samlet dokumentasjon i hovedsak brukte godkjenningsordningen for å få godkjent allerede opparbeidet kompetanse.

Et annet interessant funn, er at de som deltok i program organisert av arbeidsgiver, både var mindre enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse og brukte kompetansen mindre til fagutviklingsarbeid enn de som hadde gått andre veier for å bli klinisk spesialist. De deltok også sjeldnere i teoretisk orienterte kompetanseutviklings - aktiviteter og brukte sjeldnere kompetansen til enkelte fagutviklingsaktiviteter.

Arbeidsgiver har mulighet for å påvirke sykepleiernes valg av fordypningsområde i utdanningen til klinisk spesialist (NSF, 2005; Kvamme og Bjerke, 2003). Man skulle derfor tro at deltakere i et kompetanseutviklingsprogram initiert av arbeidsgiver, skapte forventning hos sykepleierne om både mulighet til å vedlikeholde kompetansen og til at kompetansen skulle bli brukt. I flere studier har deltakerne i klinisk stige og kliniske spesialister uttrykt frustrasjon over at deres kompetanse ikke ble tilstrekkelig utnyttet av arbeidsgiver (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). At de som deltok i program av arbeidsgiver i noe mindre grad så ut til å vedlikeholde, videreutvikle og anvende sin kompetanse enn de som hadde gått andre veier, kan slik sett skyldes misforhold mellom forventning og reell opplevelse i arbeidshverdagen.



**Type arbeidsplass er av en viss betydning**

Det var relativt små forskjeller knyttet til hvilken type arbeidsplass de kliniske spesialistene arbeidet ved. I den grad det var forskjeller, var forskjellene først og fremst mellom kliniske spesialister med arbeidsplass innen psykisk helsevern og kliniske spesialister ved somatisk sykehus. De med arbeidsplass innen psykisk helsevern opplevde at utdanningen til klinisk spesialist bidro mindre til å øke deres faglige kompetanse enn de med arbeidsplass ved somatisk sykehus. Samtidig deltok de oftest i teoretisk orienterte aktiviteter for å utvikle sin kompetanse, og de brukte kompetansen sin mest til fagutviklingsarbeid knyttet til fremming av endring i praksis. Arbeidsplassens rutiner, arbeidsmetoder med mer har betydning for hvordan man utvikler og bruker kompetanse (Nygren, 2004). Videre avdekket min studie at markant flere kliniske spesialistene ved arbeidsplass innen psykisk helsevesen hadde avsatt tid til veiledning enn kliniske spesialister ved andre arbeidsplasser. På samme måte skilte de seg også ut ved at de i større grad hadde avsatt tid til faglig ajourhold enn kliniske spesialister ved andre arbeidsplasser.

**Manglende tilrettelegging på arbeidsplassen**

Ytre faktorer av betydning for utvikling og bruk av kompetanse har blant annet med arbeidsplassens målsetninger og ideologier (Nygren, 2004), og lederen er sentral i så måte (Engelund, 2003). Under halvparten av de kliniske spesialistene i studien oppga at de hadde kompetanseplan på arbeidsplassen, det samme gjaldt i forhold til om arbeidsgiver hadde kartlagt deres kompetanse. Nesten en fjerdedel oppga dessuten at de ikke viste om de hadde kompetanseplan på arbeidsplassen, og relativt mange viste heller ikke om arbeidsgiver hadde kartlagt deres kompetanse. I og med at mange svarte ”vet ikke”, kan den reelle andelen der disse kontekstuelle forholdene var til stede på arbeidsplassen reelt ha vært høyere enn andelen ”ja” indikerer. At så mange svarer ”vet ikke”, tyder uansett på at forholdene ikke var kjent eller aktivt i bruk.

Gjennom klinisk stige og andre arbeidsgiverstyrte program som fører til godkjenning som klinisk spesialist, har arbeidsgiver mulighet til å påvirke hvilket område sykepleieren skal fordype seg innen ut fra arbeidsgivers behov for kompetanse

(NSF,2004). Kompetanseutviklingsprogrammet for å bli klinisk spesialist, og i særstilling klinisk stigeprogram organisert av arbeidsgiver, kan slik sett forstås som en type teknisk fagutvikling (Manley og McCormack, 2003). Ved å utstyre personalet med spesifikke ferdigheter og kunnskaper antas det innenfor denne fagutviklingsretningen at faget og praksis utvikles. Personalet blir dermed et instrument for å forbedre praksis, og fokus er på utvikling av personalets kompetanse til å utføre spesifikke oppgaver innen for et område for å oppnå bedre praksis (ibid). For at kontinuerlige kompetanseutviklingsprogram skal gi nytteeffekter for individ, organisasjon og for faget som sådan, understrekes imidlertid betydningen av evaluering av resultat og klare organisatoriske mål (Ellis, 2001, [upublisert kilde] hentet i Ellis og Nolan, 2005). Ledelsens ansvar for forvaltning av kompetanse og for kontinuerlig å kartlegge arbeidsplassens kompetansebehov, samt utarbeide mål- og behovsorienterte kompetanse- og læringsplaner, understrekes også i offentlige dokumenter (NOU:25, 1997, HOD; St.prp. nr.1, 2007-2010). I tidlige studier på kliniske spesialister har lederes usikkerhet i forhold til forvaltning og utnytting av den individuelt oppnådde kompetansen til forbedring av sykepleiefaget, blitt trukket fram (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tørstad og Bjørk, 2007). I tillegg har deltakere i klinisk stige og kliniske spesialisters uttrykt frustrasjon over at deres kompetanse ikke ble utnyttet tilstrekkelig av arbeidsgiver (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal 2004; Tradin, 2007).

Ut fra en ”frigjørende” forståelse av fagutvikling (Manley og McCormack, 2003), kan klinisk stige og andre veier til godkjenning som klinisk spesialist, ende opp som et enkeltstående ”teknisk fagutviklingstiltak” dersom ikke kompetansen til den kliniske spesialisten løftes opp og sees i et større perspektiv og som ledd i en større utviklingsplan. Uten en kompetanseutviklingsplan i aktiv bruk, noe min studie viser i stor grad er situasjonen, har arbeidsgiver mindre mulighet til å bruke de kliniske spesialistene i en bevisst strategi for fagutvikling.

**Indre faglige begrunnelser av størst betydning for ønske om å bli klinisk spesialist**

Uavhengig av sykepleierelevant utdanningsbakgrunn, vei til godkjenning og stillingstittel vektla de kliniske spesialistene indre faglige motiver knyttet til egen faglig utvikling og ønske om å bidra til kvalitetsforbedring som viktigste begrunnelser for å bli klinisk spesialist. Resultatet er sammenfallende med funn Bjørk et al. (2007) sin studie. Studien avdekket imidlertid at de kliniske spesialistene som hadde tatt utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist, i større grad vektla ønske om å bidra til kvalitetsforbedring som betydningsfullt for valget om å bli klinisk spesialist enn tilfellet var for de uten utdanning. Som trukket fram tidligere, brukte de med utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist, kompetansen sin aller mest til fagutviklingsarbeid. I følge teori har arbeidstakerens motivasjon betydning for utvikling og bruk av kompetanse (Bjørk og Solhaug, 2008; Nygren, 2004). At de som hadde tatt utdanning både før og etter at de ble klinisk spesialist brukte kompetansen mer til fagutvikling enn de med mindre utdanning, kan derfor delvis skyldes at de var mer motivert for fagutviklingsarbeid.

De kliniske spesialistene som samlet dokumentasjon, vektla i mindre grad ønske om å utvikle faglig kompetanse som betydningsfullt for deres ønske om å bli klinisk spesialist enn tilfellet var for de som hadde blitt klinisk spesialist gjennom andre veier. Ønske om anerkjennelse ble derimot mer vektlagt. Funnene underbygger sånn sett argumentasjonen om at de som samlet dokumentasjon brukte godkjenningsordningen for å få godkjent og anerkjent allerede opparbeidet kompetanse.

## 7.2 Hvordan utvikler og anvender de kliniske spesialistene konkret sin kompetanse

Mine to neste forskningsspørsmål var ”på hvilke måter oppfatter kliniske spesialister at de vedlikeholder og videreutvikler sin faglige kompetanse som klinisk spesialist?”

og ”på hvilke måter oppfatter kliniske spesialister at de anvender kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid?”. Studien viser at de kliniske spesialistene primært utviklet kompetanse gjennom uformelle kliniske aktiviteter som for eksempel faglig diskusjon og rådgøring med kollegaer. De utviklet i mindre grad sin kompetanse gjennom teoretisk orienterte aktiviteter som deltakelse i kurs og ved å lese fag- og forskningslitteratur, og sjelden gjennom deltakelse i veiledning og ved å hospitere. På samme måte anvendte de kliniske spesialistene oftest sin kompetanse til uformelle aktiviteter, - eksempelvis ved å være ressursperson for kollegaer og ved å ta initiativ til faglig diskusjon i praksis. Sjeldnere ble kompetansen brukt til personalutviklingsaktiviteter som undervisning og til implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutvikling i praksis.

Et gjennomgående funn er at aktivitetene som ble hyppig brukt i liten grad krever tilrettelegging fra arbeidsplass/leder, mens aktivitetene som krever tilrettelegging sjeldnere ble brukt. Funnene drøftes nærmere nedenfor.

### **7.2.1 Vedlikehold og videreutvikling av kompetanse**

#### **Utvikler sin kompetanse primært gjennom uformelle aktiviteter**

Et sentralt funn var at de kliniske spesialistene i denne studien i stor grad utviklet sin kompetanse gjennom uformelle aktiviteter knyttet til klinisk arbeid. Svært mange oppga for eksempel at de reflekterte over praksis og at de rådførte seg med og deltok i faglig diskusjon med kollegaer. Tidligere studier på kliniske spesialister har stort sett undersøkt relativt nyutdannede kliniske spesialister. De har derfor i liten grad undersøkt hvordan de kliniske spesialistene vedlikeholder og videreutvikler sin kompetanse fra utdanningen. Studier på sykepleiere generelt har imidlertid trukket fram hvordan sykepleiere i all hovedsak lærte og utviklet sin kompetanse gjennom daglige aktiviteter og arbeidsoppgaver i det lokale praksismiljøet (Bjørk et al., 2001; Thidemann, 2005; Vareide et al., 2001). Læring gjennom deltakelse i praksis, ved direkte eller indirekte samspill med andre yrkesutøvere er i følge Nygren (2004) en av

de vanligste måtene å lære på. Sykepleie er et praktisk fag og praktisk kunnskap er derfor essensielt. Et mål i godkjenningsordningen for klinisk spesialist er dessuten at den kliniske spesialisten skal ha høy funksjonsdyktighet i klinisk sykepleie (NSF, 2005). Det er derfor ikke unaturlig at de kliniske spesialistene aller hyppigst vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte sin kompetanse gjennom kliniske aktiviteter. Samtidig er teoretisk kunnskap og refleksjon essensielt for å utvikle en personlig kompetanse som kan føre faget framover (Kirkevold, 1996).

På tross av at det er naturlig at de kliniske spesialistene i størst grad utvikler sin kompetanse gjennom uformelle kliniske aktiviteter, er det etter min vurdering bekymringsfullt at de ikke i større grad også utvikler sin kompetanse gjennom mer formelle teoretisk orienterte aktiviteter. Uten teoretisk oppdatering, vil man risikere at kompetansen som klinisk spesialist gradvis blir utdatert. Kliniske spesialister er i en særstilling i forhold til sykepleiere generelt, ved at de skal være eksperter innenfor et felt i praksis. Dette krever at de i større grad må holde seg oppdatert på nyeste viten innenfor sitt fagfelt gjennom teoretiske orienterte aktiviteter.

### **Små muligheter for systematisk refleksjon gjennom veiledning**

Selv om de kliniske spesialistene hyppig reflekterte over praksis, deltok de imidlertid sjelden i systematisk refleksjon i form av gruppeveiledning og enda sjeldnere i individuell veiledning. Tidligere studier har trukket fram hvordan deltakere og tidligere deltakere i klinisk stige nettopp fremhevet veiledning som en viktig kilde til bevisstgjøring og refleksjon (Andersen, 1997; Kvamme og Bjerke, 2003). Gjennom refleksjon med andre sykepleiere fikk deltakerne mulighet til å sette sin egen praksis i sammenheng, og bli bevisst egen konkrete praksis og se sykepleiepraksisen i et større perspektiv (Andersen, 1997).

Refleksjon kan deles inn i uvilkårlig refleksjon og intensjonell refleksjon (Kirkevold, 1996). Uvilkårlig refleksjon handler om ”der og da refleksjon” i situasjoner der det kreves en overveielse, mens intensjonell refleksjon handler om både konkret og mer generelt å se sine framtidige og utførte handlinger i ett nytt lys, og gjerne med utgangs-

punkt i et på forhånd valgt perspektiv. For å kunne se sin praksis og sine handlinger i nytt lys, og for å få mer innsikt fordrer intensjonell refleksjon i større grad distanse til den konkrete situasjonen. Det er ikke unaturlig at refleksjon i den daglige praksisen skjer hyppigere enn mer formell veiledning. I den kliniske hverdagen utvikler ofte situasjoner seg annerledes enn man hadde tenkt, ”der og da -refleksjon” i konkrete situasjoner er derfor en del av sykepleierens klinisk vurderinger og beslutningstaking om handlingsvalg der og da alene eller sammen med kollegaer (Kirkevold, 1996). I min studie var det imidlertid en høy andel av de kliniske spesialistene som oppga at veiledning ikke var aktuelt på deres arbeidsplass, og et mindretall av de kliniske spesialistene oppga at de hadde avsatt tid til veiledning.

Refleksjon og diskusjon med kollegaer gir ikke samme mulighet til å se sine handlinger på avstand som en formell veiledningssituasjon. De kliniske spesialistene mister dermed en vesentlig mulighet til systematisk å reflektere over hvilke argumenter, resonnementer og perspektiver man bygger sin egen praksis på og handler ut fra. Muligheten til å få tilbakemelding på seg selv som fagperson er dessuten mindre ved ”ad hoc refleksjon” i praksis enn i en formell veiledningssituasjon.

### **Leste og anvendte faglitteratur, men søkte i liten grad etter litteratur**

De kliniske spesialistene i studien leste og anvendte fag- og forskningslitteratur relativt ofte for å utvikle sin kompetanse. Samtidig var det rundt en fjerdedel som sjelden eller svært sjelden søkte litteratur i databaser. Det er naturlig at lesing og anvendelse av fag- og forskningslitteratur skjer i større målestokk enn søk av litteratur. Litteratur kan være fysisk tilgjengelig på arbeidsplassen i form av bøker og fagpermer m.m., og det er ikke alle faglige problemstillinger som krever søk av den nyeste viten. Samtidig stiller hurtige endringer og rask utvikling i helsevesenet store krav til at sykepleierne holder seg oppdatert i forhold til kunnskapsutviklingen innen sitt eget felt (Christensen, 2009; St.prp. nr 1, 2007). Som et ledd i denne utviklingen er det en økt forventning til at sykepleierne å forholde seg aktivt til fag- og forskningskunnskap (Christensen, 2009; Kirkevold, 1996). Dette gjelder i enda sterkere grad for kliniske spesialister.

I en tidligere studie trakk kliniske spesialister fram det å lære metoder for å søke litteratur og forskning innen eget fagfelt, som en positiv effekt av deltakelsen i klinisk stige. De trakk også fram hvordan de brukte det nye ”verktøyet” til å søke kunnskap når de sto overfor et konkret problem (Kvamme og Bjerke, 2003). Imidlertid uttrykte kliniske spesialister i en annen studie usikkerhet i forhold til søk av litteratur, og de ønsket mer kunnskap om søk og vurdering av litteratur (Tradin, 2007).

Det at de kliniske spesialistene relativt sjelden søkte etter litteratur i databaser kan være et uttrykk for usikkerhet og manglende kompetanse på området. Et flertall av de kliniske spesialistene hadde dessuten under en dag per måned avsatt til faglig ajourhold. Ved at de i liten grad søkte etter litteratur i databaser, mistet de en viktig mulighet til selv å vurdere hva som er mest relevant for en aktuell problemstilling. På samme måte får de i mindre grad undersøkt om den litteraturen som finnes på arbeidsplassen faktisk er den nyeste viten på området.

## **7.2.2 Anvendelse av kompetanse til fagutvikling**

### **Bruker kompetanse primært til uformelle aktiviteter**

Studien viser at de kliniske spesialister i stor grad brukte sin kompetanse til fremming og tilrettelegging av endring i praksis. De brukte kompetansen spesielt hyppig til å ta initiativ til faglig diskusjon og til tverrfaglig samarbeid, samt ved å veilede og være ressursperson for kollegaer. Samtidig brukte de relativt sjelden kompetansen sin til andre konkrete personalutviklende aktiviteter som for eksempel undervisning, tilrettelegging av kompetansehevende aktiviteter og ved å skaffe tilgang til faglige ressurser.

I likhet med aktivitetene de kliniske spesialistene oftest deltok i for å utvikle sin kompetanse, er fagutviklingsaktivitetene de brukte mest kjennetegnet av at de i liten grad krever organisatorisk forankring. Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon med kollegaer er for eksempel en naturlig og betydelig del av mange arbeidstakers arbeids- hverdag ved mange arbeidsplasser. Bruk av kompetansen som klinisk spesialist til å

veilede og være ressursperson har også i tidligere studier blitt trukket fram som måter de kliniske spesialistene hyppigst brukte sin kompetanse (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007), mens de i mindre grad brukte kompetansen til undervisning (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003).

De kliniske spesialistene hadde generelt relativt lang erfaring som sykepleier. Det er derfor ikke unaturlig at de veileder og gir råd til mindre erfarne kollegaer i klinisk praksis. Studier på sykepleiere har nettopp trukket fram de erfarne sykepleiernes viktige rolle for læring og kompetanseutvikling hos mindre erfarne sykepleiere (Samdal, 2004; Thidemann, 2005; Vareide et al., 2001). Den kliniske spesialisten er i kraft av sin høye faglige kompetanse og funksjonsdyktighet innen sitt fagområde også kvalifisert til å gi individuell veiledning til sine kollegaer, både i og utenfor klinisk stige, i praksissituasjonen gjennom ”mester - svenn - læring” (NSF, 2005).

### **Implementering av fag- og forskningskunnskap i praksis**

Studien viser at en relativt stor gruppe kliniske spesialister aktivt implementerte fag- og forskningskunnskap, for eksempel gjennom faglig prosjekt og utviklingsarbeid. Det var imidlertid også en stor gruppe som i liten grad deltok i denne typen aktiviteter. Faglig prosjekt og utviklingsarbeid blir i litteraturen framholdt som betydningsfullt både for å bli kjent med og opparbeide individuell kompetanse til å vurdere fag- og forskningskunnskap (Bjørk og Solhaug, 2008; Granum og Solvoll, 2006), og som en mulighet til å knytte kunnskapen til konkrete problemstillinger for å forbedre praksis (Bjørk og Solhaug, 2008). I tidligere studier på kliniske spesialister, har både kliniske spesialister og deres arbeidsgivere, trukket fram hvordan de kliniske spesialistenes spisskompetanse konkret kom praksis til gode gjennom videreføring av kompetansen i faglig prosjektarbeid og forbedringsarbeid som for eksempel utarbeiding og oppgradering av prosedyrer (Samdal, 2004; Tradin, 2007).

De kliniske spesialistene som i min studie i relativt liten grad brukte kompetansen sin til konkrete forbedringsprosjekter, mistet en gylden mulighet til å bli kjent med fag- og forskningskunnskap, og til å opparbeide seg kompetanse i å analysere og drøfte



kunnskapen opp mot kliniske problemstillinger. På samme måte gikk arbeidsplassen potensielt glipp av konkrete forbedringer av praksis basert på systematisk integrering av teori og praksis.

### **7.2.3 Forhold av betydning for utvikling og bruk av kompetanse**

#### **Liten tid avsatt til faglig ajourhold og fordypning**

Majoriteten av de kliniske spesialistene oppga at de hadde mindre enn en dag per måned til faglig ajourhold og fordypning. For å utvikle kompetanse til å lese, vurdere fag- og forskningskunnskap, og for å kunne bruke kunnskapen aktivt i praksis, er tid, tilgjengelighet og muligheter essensielt (Kirkevold, 1996; Granum og Solvoll, 2006). I tidligere studier på kliniske spesialister (Tradin, 2007) og på sykepleiere (Fagerjord, 2009), ble nettopp kompetansetid i turnus trukket fram som betydningsfullt for muligheten til å fordype seg i teoretisk kunnskap.

Utdanningen til klinisk spesialist rustet potensielt de kliniske spesialistene med kompetanse til å vurdere og anvende fag og forskningskunnskap i konkrete problemstillinger i praksis. Som tidligere diskutert innebærer kompetanse aktiv bruk i aktuelle kontekst (Kirkevold, 1996; Nygren, 2004). Uten avsatt tid til faglig ajourhold må litteratursøk, implementering av fag- og forskningskunnskap og kvalitetsutviklingsprosjekter enten skje inni mellom alle de andre oppgavene i praksis, eller på fritiden. Det blir dermed ikke en systematisk aktivitet, men en aktivitet som i stor grad avhenger av den enkeltes kapasitet og indre motivasjon.

#### **Manglende tilrettelegging fra arbeidsgiver**

Bruk av kompetanse til fagutviklingsarbeid er i stor grad avhengig av miljøet på arbeidsplassen (Bjørk og Solhaug, 2008; Kirkevold, 2006; Nygren, 2004). Lederen er i så måte av stor betydning (Bjørk og Solhaug, 2008; Ellis og Nolan, 2005; Granum og Solhaug, 2006; NOU, 1997: 25). Studien avdekket at de kliniske spesialistene i mindre grad diskuterte faglige spørsmål med sin leder enn sine kollegaer, og i likhet med

tidligere studier brukte lederen de kliniske spesialistene noe mindre som ressursperson enn kollegaene gjorde (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003).

Funnet er i seg selv ikke alarmerende. I de fleste tilfeller arbeider man tettere sammen kollegaer enn leder, som både har et faglig og administrativt ansvar. Det at kontekstuelle kompetanseforhold, som avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning, kartlagt kompetanse og kompetanseplan på arbeidsplassen, i så liten grad var tilstede tyder imidlertid på manglende strategisk tenkning. Denne studien, bekrefter slik sett funn fra tidligere studier hvor det har blitt trukket fram at selv om de kliniske spesialistene hadde forpliktelser i forhold til fagutviklingsoppgaver, samarbeidet lederen lite om valg av spesialiseringsområde (Bjørk et al., 2007; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Lederne manglet også en strategisk plan for hvordan kompetansen skulle brukes på arbeidsplassen (Samdal, 2004; Tørstad og Bjørk, 2007).

### **Stillingstittel av betydning**

Som tidligere beskrevet var det signifikante forskjeller knyttet til de kliniske spesialistenes stillingstittel. Studien avdekket dessuten at stillingstittel hadde relativt stor betydning for hvor mye de kliniske spesialistene brukte kompetansen sin til personalutvikling og til implementering av forskning og kvalitetsutvikling i praksis. Posisjon og type arbeidsoppgaver som er knyttet til stillingen, har betydning for hvordan man deltar i et praksisfellesskap, og dermed for hva og hvordan man bruker sin kompetanse (Nygren, 2004). Som beskrevet tidligere, medfører posisjon som fagutviklingssykepleier både økte krav, muligheter og legitimitet for bruk av kompetansen til ulike fagutviklingsoppgaver (Christiansen, 2009). Det er derfor ikke unaturlig at kliniske spesialister i stilling som fagutviklingssykepleier brukte kompetansen sin markert oftere til mer konkrete kvalitetsutviklingsoppgaver, opplæring og for å skaffe tilgang til ressurser. I tillegg kan krav, legitimitet og muligheter for å bruke kompetansen, forsterke motivasjonen for å holde seg oppdatert og bruke kompetansen (Nygren, 2004).

Det var kun et mindretall av de kliniske spesialistene i min studie som fikk ny stilling som følge av at de var blitt klinisk spesialist. Funnet er sammenfallende med Kvamme og Bjerke (2003). Tidligere studier har vist at kliniske spesialistene som fikk nye oppgaver eller stillinger, opplevde at de brukte kompetansen som klinisk spesialist mest (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004). For å fremme bruken av kompetansen som klinisk spesialist mener jeg det ville vært fornuftig om godkjenningen resulterte i stilling som for eksempel fagutviklingssykepleier eller en egen stilling som klinisk spesialist.

### 7.3 Faktorer som i følge kliniske spesialister påvirker kompetanse- og fagutvikling

Mitt siste forskningsspørsmål var ”hvilke faktorer oppfatter kliniske spesialister som betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid på arbeidsplassen?”. Grovt beskrevet, vektla de kliniske spesialistene seg selv, sine arbeidskollegaer og ressurser knyttet til den daglige arbeidshverdagen som betydningsfulle. Det å få nye og konkrete oppgaver og tilgang til faglige ressurser var derimot av mindre betydning. Hvilke påvirkningsfaktorer som ble vektlagt speiler med andre ord i stor grad hvilke kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter de deltok i.

Spørsmålet var imidlertid utydelig formulert. De kliniske spesialistene kan ha tolket spørsmålet som hvilken betydning et forhold har for kompetanse- og fagutvikling (slik det var ment), men også i hvilken grad et forhold er til stede på arbeidsplassen. Jeg har derfor valgt å diskutere besvarelsene både ut i fra slik spørsmålet var ment og alternativ tolkning. Spørsmålsformuleringen diskuteres nærmere i metoderefleksjonen.

#### **Betydningen av trivsel og motivasjon**

Det var stor enighet om at forhold knyttet til egen trivsel og motivasjon var betydningsfulle for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetansen til fagutviklingsarbeid.

Svært mange var for eksempel enig at ”å glede seg til å gå på jobben” og ”selv være aktiv i å oppsøke nye læresituasjoner i praksis” var viktig. Arbeidstakerens motivasjon kan forstås som en premiss for læring, kompetanseutvikling og bruk av kompetanse (Bjørk og Solhaug, 2008; Nygren, 2004; Ellis og Nolan, 2005). Uten at de kliniske spesialistene identifiserer seg med og er motivert for å lære og for å bruke sin kompetanse, vil ikke faglig engasjerte ledere og arbeidskollegaer, samt tilstrekkelige faglige ressurser, alene kunne bidra til utvikling og anvendelse av kompetanse. Sett i lys av at de kliniske spesialistene i min studie i stor grad utviklet og brukte sin kompetanse gjennom egeninitierte aktiviteter, er det heller ikke overraskende at de vektla seg selv som mest betydningsfullt for egen kompetanseutvikling og bruk av kompetanse.

Tidligere studier har trukket fram at de kliniske spesialistene var svært motiverte for å vedlikeholde, videreutvikle og bruke kompetansen som klinisk spesialist (Samdal, 2004; Tradin, 2007). Funnet kan slik også forstås som at de kliniske spesialistene i stor grad var enig i at de selv var aktive i å oppsøke nye læresituasjoner i praksis.

### **Betydningen av arbeidskollegaer og leder**

Arbeidskollegaer og forhold knyttet til arbeidsplasskulturen ble i større grad vektlagt som betydningsfulle for kompetanse- og fagutvikling enn lederne. De kliniske spesialistene vektla for eksempel et miljø med læringsfokus og kollegaer som var opptatt av fagutvikling, mer enn fokus på kompetanse- og fagutvikling fra lederen. Funnene gjenspeiler sånn sett at de kliniske spesialistene i noe større grad brukte og ble brukt av sine kollegaer enn sine ledere i forhold til kompetanse- og fagutvikling. Arbeidskollegaer har også i tidligere studier på kliniske spesialister (Tradin, 2007) og på sykepleiere (Thidemann, 2005) blitt trukket fram som spesielt viktige for læring, faglig utvikling og anvendelse av kompetanse (Tradin, 2007).

Lederen er i en nøkkelrolle for kulturen på arbeidsplassen, ved at vedkommende med sitt lederskap kan lukke eller åpne for endring og utvikling på arbeidsplassen (Bjørk og Solhaug, 2008; Granum og Solvoll, 2006). En alternativ forståelse kan derfor være at

de kliniske spesialistene i mindre grad var enig i lederen var opptatt av kompetanse- og fagutvikling, samt at lederen i liten grad stilte krav til at de skulle bidra til fagutviklingsarbeid. Mellomledere har både et administrativt og faglig ansvar. I tidligere studier på sykepleiere og kliniske spesialister, har det blitt trukket fram hvordan ledere framsto som administratorer mer opptatt av nok personale enn av kompetansen til arbeidsstokken (Bjørk, 2001; Tradin, 2007). Det har også blitt trukket fram hvordan deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister var frustrerte over lederens manglende involvering (Bjørk et al., 2007; Goodrich og Ward, 2004; Samdal, 2004), samt at kliniske spesialister ønsket at lederen i større grad skulle bruke deres kompetanse (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Tidligere studier støtter slik sett opp om den alternative forståelsen av de kliniske spesialistenes besvarelser i forhold til lederen.

### **Betydningen av faglige utfordringer og nye konkrete oppgaver**

Faglig utfordrende og relevante oppgaver ble i stor grad vektlagt som betydningsfullt for kompetanse- og fagutvikling. Samtidig ble det å få nye oppgaver i liten grad vektlagt, og det var også lite betydningsfullt at det foregikk fagutviklingsprosjekter på arbeidsplassen. Krav fra arbeidsgiver om å bidra til fagutvikling ble heller ikke tillagt stor betydning.

I kontrast til denne tolkningen, har imidlertid tidligere studier trukket fram hvordan de mest fornøyde kliniske spesialistene hadde fått mulighet til å bruke sin kompetanse i ny stilling og til nye arbeidsoppgaver (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004). De som ikke hadde fått nye arbeidsoppgaver opplevde derimot at kompetansen kunne vært brukt mer og de ønsket større faglige utfordringer (ibid). Samtidig fant Kvamme og Bjerke (2003) at bare halvparten av de kliniske spesialistene hadde fått nye arbeidsoppgaver som følge av sin posisjon som klinisk spesialist. En alternativ tolking av funnene i min studie, kan slik sett være at de kliniske spesialistene opplevde at de hadde faglig utfordrende og relevante oppgaver, men at de i liten grad fikk nye oppgaver som følge av sin posisjon som klinisk spesialist.

**Betydningen av tid og tilbud om formelle utviklingsaktiviteter**

De kliniske spesialistene vektla i liten grad ressurser som nok tid, personale og tilbud om formelle lærings- og utviklingsaktiviteter som betydningsfullt for egen kompetanseutvikling og for bruk av kompetansen til fagutvikling. Materielle forhold som tid og tilgang til faglige ressurser, danner deler av den ytre rammen for hvilke muligheter yrkesutøveren har til å vedlikeholde, videreutvikle og anvende sin profesjonelle kompetanse (Nygren, 2004). I en tidligere studie trakk kliniske spesialister nettopp fram tid og midler til fagutvikling som betydningsfullt for muligheten til å anvende sine kunnskaper (Tradin, 2007). Samtidig har studier vist at hektisk aktivitet i kombinasjon med personalmangel (Samdal, 2004) og tidspress i avdelingen gjorde at det sjelden ble tid til å videreutvikle og anvende kunnskapene fra utdanningen til klinisk spesialist (Kvamme og Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). Frustrasjon og misnøye med at ledelsen ikke har satt av nok midler til kompetanse- og fagutvikling, har også blitt trukket fram (Kvamme og Bjerke, 2003; Tradin, 2007).

Sett i lys av at min studie også viste at de kliniske spesialistene i minst grad utviklet og brukte kompetansen sin til aktiviteter som krevde ressurser i form av tid og faglige ressurser, er en alternativ forståelse at de kliniske spesialistene i liten grad opplevde at de hadde tid og tilgang til faglige ressurser. Denne alternative forståelsen støttes også opp av at et mindretall av de kliniske spesialistene oppga at de hadde avsatt tid til veiledning, og et flertall hadde under en dag i måneden til faglig ajourhold.

**Alternativ tolkning dominerer besvarelsene**

Som en følge av at spørsmålet var uklart formulert, er det ikke mulig å trekke noen bastante slutninger i forhold til hvilke faktorer som i følge kliniske spesialister påvirker kompetanse- og fagutvikling. Besvarelsene er sannsynligvis en kombinasjon av begge tolkningene. Etter min vurdering ser imidlertid den alternative tolkningen ut til å dominere. Denne alternative tolkningen er også mest i samsvar med mine øvrige funn og annen litteratur.

## 7.4 Metoderefleksjon

### 7.4.1 Studiens relevans

Det er tidligere gjort flere studier på deltakere i klinisk stige og på kliniske spesialister. Min studie tilfører imidlertid ny kunnskap gjennom å fokusere på kliniske spesialister med minimum to års erfaring. Dette gir mulighet til å se hvilke langsiktige effekter utdanningen til klinisk spesialist har hatt for kompetanse- og fagutvikling. Gjennom delvis å basere spørsmålene i spørreskjemaet på spørsmål i tidligere undersøkelser (Bjørk et al., 2007; Kvamme og Bjerke, 2003) har det vært mulig å tolke mine funn opp mot deres resultater for å avdekke likheter og forskjeller.

Studiens relevans bekreftes også av at Norsk Sykepleierforbund (NSF) har støttet undersøkelsen gjennom å gi tilgang til sine registre over kliniske spesialister, og ved å dekke alle kostnader ved undersøkelsen. Samarbeidet med NSF har også bidratt til en høy svarprosent.

### 7.4.2 Spørreskjemaet

Spørreskjemaet var relativt omfattende og detaljert i forhold til konkrete aktiviteter og påvirkningsfaktorer. Det dekket godt ulike forhold som litteraturen anser som vesentlige for kompetanse- og fagutvikling. Samtidig ga det muligheter for å få et nyansert og detaljert bilde av de kliniske spesialistenes arbeidssituasjon, og hvordan de konkret oppfattet at de vedlikeholdt, videreutviklet og anvendte kompetansen som klinisk spesialist. Studien omfattet et stort antall kliniske spesialister, og høy svarprosent ga også mulighet til å gjøre mange analyser. Samtidig var det utfordrende å håndtere et så omfattende materiale innenfor rammene av en masteroppgave. Som påpekt i kapittel seks, var det for eksempel ikke mulig å vise alle de utførte testene i detaljer på grunn av ordbegrensning. Leseren får dermed mindre mulighet til selv å vurdere hvor store og signifikante forskjellene var.

Funnene i studien ga detaljert informasjon om i hvilken grad de kliniske spesialistene utviklet og anvendte sin kompetanse gjennom ulike aktiviteter på sin arbeidsplass. Det var imidlertid utfordrende å tolke om variasjonene var naturlige, eller om de representerte et gap i forhold til en ideell situasjon. I en ny undersøkelse kunne det derfor vært interessant å undersøke gapet mellom hvordan de kliniske spesialistene utviklet og brukte sin kompetanse, og hva de oppfattet som ideelt.

For å kvalitetssikre spørreskjemaet ble det gjort grundig forarbeid, som beskrevet i kapittel 5. I hovedsak har spørreskjemaet gitt et godt datagrunnlag med muligheter for presise tolkninger. Enkelte spørsmål kunne imidlertid gitt enda mer informasjon med flere svaralternativ. Relativt mange krysset for eksempel av for svaralternativ ”annet” på spørsmålet som omhandlet arbeidsplass per dags dato. For å få mer informasjon om de kliniske spesialistenes arbeidssituasjon, kunne det vært aktuelt å spørre om de per dags dato arbeidet i helsevesenet, med mulighet for å spesifisere årsak ved negativt svar gjennom svaralternativer som for eksempel ”student” ”permisjon” og ”arbeid utenfor helsevesenet”. Uansett svaralternativer ville det imidlertid vært vanskelig å favne alle med lukkede svaralternativ. Mulighet til å gi kommentar ble bevisst utelatt ut fra et kostnadsaspekt, men også ut fra at det ville være vanskelig å håndtere kommentarer i analysen.

På tross av pilottest og råd fra ekspert, ser jeg i ettertid at enkelte spørsmål i spørreskjemaet med fordel kunne hatt andre formuleringer. Det gjaldt spesielt spørsmålet som omhandlet personlige og kontekstuelle påvirkningsfaktorer. Spørsmålet framstår som utydelig formulert, delvis som følge av at den valgte skalaen ikke er i samsvar med spørsmålsutformingen og utsagnene under, men også fordi det er brukt ord som kan virke ledende på respondentenes besvarelser. Spørsmålet ga dermed rom for å tolke spørsmålet på flere måter. Utsagnet ”tilgangen til eksterne kurs er tilfredsstillende” kan for eksempel tolkes som at respondenten er helt enig i at tilgang til eksterne kurs påvirker hans/hennes mulighet for kompetanseutvikling og fagutvikling på arbeidsplassen (slik spørsmålet var ment å tolkes). En alternativ tolkning kan imidlertid være at ”på min arbeidsplass er jeg helt enig i at tilgangen til



eksterne kurs er tilfredsstillende”. For å sikre at respondentene hadde forstått spørsmålet, ville det vært bedre å formulere hovedspørsmålet om til ”Hvor stor betydning anser du at følgende forhold har for dine muligheter til å vedlikeholde, videreutvikle og anvende din kompetanse som klinisk spesialist? ” og endret skalaen til grad av betydning fra svært liten til svært stor. Utsagnene burde også vært endret, for eksempel til ”tilgang til eksterne kurs” i eksemplet nevnt ovenfor.

På tross av enkelte svakheter i spørreskjemaet, tyder den relativt høye svarprosenten på at de kliniske spesialistene oppfattet undersøkelsen som interessant og viktig.

### **7.4.3 Analyse**

De utførte analysene har i stor grad fått fram de viktigste trekkene i forhold til hvordan de kliniske spesialistene vedlikeholder, videreutvikler og anvender kompetansen som klinisk spesialist. Ved å gjennomføre signifikanstesting har jeg fått fram at annen sykepleierelevant utdanning, stillingstittel, arbeidsplass og vei til godkjenning har betydning for opplevelse av faglig nytte av utdanningen og for hvor mye de kliniske spesialistene deltar i ulike kompetanse- og fagutviklingsaktiviteter.

Det omfattende datamaterialet ga mulighet for mange analyser. I tillegg til utførte analyser, kunne det vært interessant å undersøke sammenheng mellom forholdene som viste seg å ha betydning for opplevelse av utbytte av utdanningen og deltakelse i ulike aktiviteter, for eksempel gjennom korrelasjonsanalyser.

## 8. Konklusjon

### 8.1.1 Hovedfunn

Studien viste at de kliniske spesialistene i stor grad var enig i at de fortsatt hadde spisskompetanse innen fordypningsområde. Mange opplevde også at de fortsatt brukte kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid. Den positive tendensen rapportert i tidligere studier på deltakere i klinisk stige og kliniske spesialister, ser sånn sett ut til å vedvare også noen år etter godkjenning. Samtidig viste imidlertid studien at en betydelig andel opplevde at de i liten grad brukte kompetansen som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid.

Klinisk stige og andre veier til godkjenning som klinisk spesialist, gir unike muligheter for sykepleieren til å utvikle sin faglige kompetanse gjennom en kombinasjon av teori, praksis, veiledning, refleksjon og oppgaveskriving. Studien tyder imidlertid på at de kliniske spesialistene i liten grad fikk mulighet til å videreføre denne kombinasjonen. Uformelle aktiviteter knyttet til daglig klinisk arbeid ble i stor grad brukt både for å utvikle egen kompetanse og for å utvikle faget, mens konkrete aktiviteter som krever organisatorisk tilrettelegging i form av avsatt tid og tilgang til faglige ressurser, i mindre grad ble brukt. Studien avdekket dessuten at det i liten grad var avsatt tid til veiledning og faglig ajourhold.

Et nedslående funn i studien var at de som hadde blitt klinisk spesialist gjennom program organisert av arbeidsgiver, i mindre grad utviklet og brukte sin kompetanse gjennom ulike typer aktiviteter enn de som hadde blitt klinisk spesialist på eget initiativ. Sett i lys av at et mindretall av de kliniske spesialistene hadde fått kartlagt sin kompetanse og få hadde kompetanseplan på arbeidsplassen, tyder studien på en mangelfull organisatorisk forankring.

Ved at arbeidsgiver får mulighet til å påvirke hvilke kompetanseområde sykepleiere skal spesialisere seg innen, gir klinisk stige og godkjenningsordningen for å bli klinisk spesialist, unike muligheter for systematisk kompetanse- og fagutvikling tilpasset arbeidsgivers behov for kompetanse. Denne og tidligere studier på deltakere i klinisk stige og på kliniske spesialister, tyder imidlertid at arbeidsgiver ikke utnytter denne muligheten til fulle.

### **8.1.2 Konsekvenser for arbeidsgiver og for NSF**

De kliniske spesialistenes nærmeste leder har etter min vurdering, et spesielt stort ansvar for å tilrettelegge for fortsatt kompetanseutvikling og for at kompetansen til de kliniske spesialistene skal bli brukt. Det forutsetter at lederen har kunnskap om hvordan kompetanse oppnås gjennom klinisk stige og andre veier til klinisk spesialist. På arbeidsplasser der klinisk stige er et tilbud, bør den nærmeste lederen trekkes inn som en del av målgruppen for klinisk stige for å bevisstgjøre lederen i forhold til krav om oppfølging og i forhold til de muligheter kompetansen som klinisk spesialist gir for arbeidsplassen.

En forutsetning for at arbeidstakerens kompetanse skal bli brukt, er et overordnet fokus på kompetanse- og fagutvikling på arbeidsplassen. Det innebærer blant annet kartlegging av hvilken kompetanse som finnes på arbeidsplassen og innenfor hvilke områder det er behov for kompetanseøkning. For at de kliniske spesialistenes kompetanse skal møte arbeidsplassens behov, er det nødvendig med tett samarbeid mellom leder og sykepleier i valg av spesialiseringsområde, men også for å planlegge hvordan kompetansen konkret skal brukes.

Etter min vurdering må arbeidsgiver også stille krav til at de kliniske spesialistene skal vedlikeholde, videreutvikle og anvende sin kompetanse, for eksempel gjennom at de får spesifikt ansvar ut fra sitt fordypningsområde. Samtidig må arbeidsgiver også legge til rette for dette. Det fordrer blant annet at det settes av tid til kompetanse- og fagutvikling, og at de kliniske spesialistenes kompetanse forankres i kompetanse- og

arbeidsplaner. En mulig vei å gå for å muliggjøre og forplikte vedlikehold, videreutvikling og anvendelse av kompetansen som klinisk spesialist, kan være å opprette egne stillinger for kliniske spesialister.

I godkjenningsordningen for klinisk spesialist i sykepleie, stilles det krav til at arbeidsgivere følger opp deltakere underveis i programmet blant annet ved at programmet skal ha en faglig utøvende leder (NSF, 2005). Det kommer imidlertid ikke like godt fram hvilke krav som stilles til deltakerens nærmeste leder underveis i programmet og etter at sykepleierne har blitt kliniske spesialister. En mulig forbedring av godkjenningsordningen kan derfor være at NSF stiller spesifikke krav til at arbeidsgiver og nærmeste leder tilrettelegger for vedlikehold og videreutvikling av kompetansen som klinisk spesialist, eksempelvis gjennom å gi mulighet for at kliniske spesialister får delta i årlige oppfølgingskurs innen fordypningsområde. På samme måte kunne det også vært aktuelt å stille krav til kliniske spesialister om årlig å dokumentere hva man konkret har gjort for å vedlikeholde og videreutvikle sin kompetanse.

### **8.1.3 Videre forskning**

Studien har avdekket at det er behov for å få mer kunnskap om hvordan arbeidsgiver og nærmeste leder konkret følger opp og bruker de kliniske spesialistenes kompetanse. Foruten å gi verdifull kunnskap, kan en studie i seg selv virke bevisstgjørende på arbeidsgivers og nærmeste leders holdning til og bruk av kliniske spesialisters kompetanse.

## Kildeliste

Andersen, H. (1997). Klinisk stige. Et program for kompetanseheving og anerkjennelse av sykepleiere i klinisk praksis. Oslo, Norge: Diatekst.

Bechtel, Smith, Printz og Gronseth (1993). Critical thinking and clinical judgement of professional nurses in a career mobility program. *Journal of Nursing Staff Development*, 9(5), 218-222.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. Oslo: TANO Forlag AS (norsk utgivelse).

Benner, P. (1996). *Expertice in nursing practice: caring, clinical judgement & ethics*. New York: Springer Publishing Company.

Bjørndal, A. og Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørk, I.T.(2001). Sykehusavdelingen – et miljø for læring? *Vård i Norden*. 62 (21), 4-9.

Bjørk, I.T. (2002). Kompetanseutvikling i sykepleien. I Bjørk, I.T., Helseth, S. og Nortvedt (red.). (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier* (s 193-207).Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørk, I.T., Hansen, B., Samdal, G., Tørstad, S. og Hamilton, G. (2007). Evaluation of clinical ladder participation in Norway. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 88-94.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Bjørk, I.T., Tørstad, S., Hansen, B.S. og Samdal, G.B. (2009). Estimating the Cost of Professional Development Activities in Health Organizations. *Nursing Economic\$*. 27(4), 239-244.

- Buchan, J. (1999). Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 137-144.
- Christensen, B., Carlsen, T.C. og Jensen, K. (2009). Fagutviklingssykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. *Sykepleien Forskning*, 4(2), 100-106.
- Corley, M., Farley, B., Geddes, N., Goodloe, L. og Green, P. (1994). The clinical ladder. Impact on nurse satisfaction and turnover. *Journal of Nursing Administration*, 24 (2), 42-48.
- Drenkard, K. og Swartwout, E. (2005). Effectiveness of a clinical ladder program. *Journal of Nursing Administration*, 35(11), 502-506.
- Dæhlen, M. og Seip, Å. (2009). Sykepleiernes kompetanse. Etter – og videreutdanning, verdsetting og motivasjon. Fafo-rapport 2009-36.
- Ellis, L. og Nolan, M.(2005). Illuminating continuing professional education: unpacking the black box. *International Journal of Nursing Studies*. 42, 97-106.
- Engelund, C. (2003). Kompetenceudvikling. I: Bydam, J.(red.). *Organisering og ledelse af sygeplejen* (78-91). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: The Falmer Press.
- Fagerjord, B. (2009). *Fagutvikling for kreftsykepleiere i pleiepraksis*. Masteroppgave i helsefag. Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultetet. Universitetet i Tromsø.
- Fink, A. (2009). *How to conduct surveys*. Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Fusilero, J., Lini, L. og Prohaska. (2008). The career advancement for registered nurse excellence program. *Journal of Nursing Administration*, 38 (12), 536-531.

Garbett, R. og McCormack, B. (2002). A concept analysis of practice development. *Nursing Times Research*, 7(2), 87-100.

Granum, V. og Solvoll, B-A. (2006). *Sykepleieren - den forskende praktiker*. Oslo: Tano Aschehoug.

Goodloe, L., Sampson, R., Munjas, B., Whitworth, T., Lantz, C., Tangle, E. og Miller, W. (1996). Clinical ladder to professional advancement program. An evolutionary process. *Journal of Nursing Administration*, 26(6), 58-64.

Goodrich, C. og Ward, C. (2004). Evaluation and revision of a clinical advancement program. *Medsurg Nursing*, 13(6), 391-398.

Griscti, O. og Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.

Helse og omsorgsdepartementet (1999). *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001).

Helse og omsorgsdepartementet. (2001). Lov om helsepersonell m.v.

Helse og omsorgsdepartementet (2006-2007). St.prp.nr.1. Kapittel 6. Nasjonal helseplan (2007-2010).

Hsu, N., Chen, B., Lee, L., Chen, C. og Lai, C. (2005). The comparison of nursing competence pre- and postimplementing clinical ladder system. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 264-265.

Jacobsen, D. I. (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Johannessen, A. (2003). *Introduksjon til SPSS*. Otta: Abstrakt forlag.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Krugman, M., Smith, K. og Goode. (2000). A clinical advancement program. Evaluating 10 years of progressive change. *Journal of Nursing Administration*, 30 (5), 215-225.
- Kunnskapsdepartementet. (1997). *Ny kompetanse. Grunnlaget for en helhetlig etter og videreutdanningspolitikk*. NOU: 25.
- Kunnskapsdepartementet. (1997). *Kompetansereformen*. St.meld. nr. 42 (1997-1998).
- Kunnskapsdepartementet (fastsatt 25.april 2008). Rammeplan for sykepleierutdanning.
- Kvamme, E. og Bjerke, P. (2003). *Kliniske spesialister. En kartlegging*. Defacto Kunnskapssenter for fagorganiserte.
- Laake, B.R.O. og Benestad, H. B.(red)(2008). *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lawton, S. & Wimpenny, P. (2003). Continuing professional development: a review. *Nursing Standard*, 17 (24), 41-44.
- Lund, T., Kleven, T. A., Kvernbekk, T. og Cristophersen, K-A. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Otta: AIT Trykk.
- Malik, D. (1991). Career ladders: Position enrichment vis-a`-vis tenure. *Nursing Management*, 22(10), 120A, 120D, 120F.
- Mallett, J. (1997). Forging new roles. *Nursing Times*, 93(18), 38-39.
- Manley, K. & McCormack, B. (2003). Practice development: purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in Critical Care*. 8(1), 22-29.
- McCormack, B. og Garbett, R. (2003). The characteristics, qualities and skills of practice developers. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 317-325.



McSherry & Warr, J. (2006). Practice development: Confirming the existence of a knowledge and evidence base. *Practice Development in Health Care*. 5(2), 55-79.

Meador, D. (1995). Influence of a clinical ladder program on job satisfaction in staff nurses. *Kentucky Nurse*, 43(3), 36-37.

Nelson, J og Cook, P. (2008). Evaluation of a career ladder program in ambulatory care environment. *Nursing Economic\$*, 26(6), 353-360.

Nolan, M., Owen, R., Curran, M. og Venables, A. (2000). Reconceptualising the outcomes of continuing professional development. *International Journal of Nursing Studies*.3. 457-467.

Norsk Sykepleierforbund. (1997a). *Klinisk spesialist i sykepleie. Informasjon om Norsk Sykepleierforbunds godkjenningsordning for kliniske spesialister i sykepleie* Oslo. Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund.(1997b). *NSF's godkjenningsordning for kliniske spesialister i sykepleie/spesialfelt i sykepleie*. Saksdokument 67. Oslo: Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund. (1998). *NSF's godkjenningsordning for kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie-videre strategi*. Sak A-61/Sak 160. Oslo: Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund. (1999). *Forbundsvedtak*. Sak A-30/Sak 43. Oslo: Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund. (2003). *klinisk spesialist i sykepleie /spesialsykepleie-revisjon av Norsk Sykepleierforbunds Godkjenningsordning*. Saksdokument 33. Oslo: Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund, (2004). *Klinisk spesialist i sykepleie. Godkjenningsordning*. NSF. Oslo.Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund, (2005). *Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie. Basert på praksisnær etter- og videreutdanning. Norsk Sykepleierforbunds godkjenningsordning*. NSF. Oslo. Upublisert materiale.

Norsk Sykepleierforbund. (revidert 18. desember 2007). Yrkesetiske retningslinjer.

Norsk Sykepleierforbund. (2010). *Rapport. Kjønnsfordeling kliniske spesialister 2000-2007*. Medlemstjenester.

Nygren, P. (2004). *Handlingskompetanse, - om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Page, S. og Hamer, S. (2002). Practice development- time to realize the potential. *Practice Development in Health Care*. 1(1), 2-17.

Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual*. New York: Open University Press.

Polit, D. og Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams og Wilkins.

Riley, J. og Rolband, D. (2009). Clinical ladder. Nurses' perceptions and satisfiers. *The Journal of Nursing Administration*, 39(4), 182-188.

Ruyter, K.W., Førde, R. og Solbakk, J.H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ryan, J. (2003). Continuous professional development along the continuum of lifelong learning. *Nurse Education Today*. 23, 498-508.

Samdal, G.B. (2004). *Kompetanseprogrammet klinisk stige som virkemiddel for strategisk kompetanseutvikling*. Masteroppgave, Seksjon for sykepleievitenskap, Det medisinske fakultet, Bergen.

Snyder, M. (1997). Clinical ladder: Do the reflect levels of competence? *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 28 (2), 54-58.

Statistisk sentralbyrå. *Statistikkbanken*.

URL-adresse: **[http://www. statbank.ssb.no/statistikkbanken](http://www.statbank.ssb.no/statistikkbanken)**.

Thidemann, I-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen- om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*. 75(25), 10-15.

Tradin, I.M (2007). *Klinisk spesialist- en ressurs i intensivavdelingen?*. Master-oppgave, Institutt for sykepleievitenskap, Oslo.

Tørstad, S. og Bjørk, I. T. (2007). Nurse leaders` views on clinical ladders as a strategy in professional development. *Journal of Nursing Management*, 15, 817-824.

Vareide, P., Hofseth, C., Norvoll, R., Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt- Sykepleiernes arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning.

Ward, C. og Goodrich, C. (2007). A clinical advancement process revisited: A descriptive study. *Medsurg Nursing*, 16(3), 169-173.



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Norsk Sykepleierforbund  
Økonomisjef Ole Petter Haugerud  
Økonomiavdelingen  
Administrering av medlemsskap  
Postboks 456 Sentrum  
0104 Oslo

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
*Seksjon for sykepleievitenskap*  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

Besøksadresse: Nedre Ullevål 9

**Dato:** 02. 07.2009

**Deres ref.:**

**Saksbehandler:**

**Vår ref.:**

Telefon: +47 22 85 05 60

Telefaks: +47 22 85 05 70

[www.med.uio.no/ish](http://www.med.uio.no/ish)

## SØKNAD OM TILGANG TIL REGISTER OVER GODKJENTE KLINISKE SPESIALISTER I SYKEPLEIE OG SPESIALSYKEPLEIE

Jeg er student ved masterstudiet i sykepleievitenskap og er i gang med forberedelser til min masteroppgave. Arbeidstittelen for oppgaven er: "Klinisk stige, et nyttig redskap for fagutvikling? Sett i et langsiktig perspektiv". Med det mener jeg om klinisk stige på sikt fortsatt stimulerer til kompetanseheving hos den enkelte kliniske spesialist, og om den kliniske spesialisten fortsatt bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid to år eller mer etter godkjenning som klinisk spesialist.

Sykepleiernes plikt til å holde seg faglig à jour og utøve yrket forsvarlig understrekes både i lov om helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), Rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) og i Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2007). Jeg er opptatt av de erfarne sykepleierne, fordi jeg tror deres kompetanse og erfaring er av stor betydning for å opprettholde et stabilt og forsvarlig fagmiljø. Og ved at erfarne sykepleiere bidrar til opplæring og fagutvikling i og utenfor avdelingen. Ut fra målsetningen til NSF om "å stimulere arbeidstaker og arbeidsgiver til kompetanseutvikling" og "bidra til et kreativt og faglig stimulerende miljø på arbeidsplassen" (NSF, 2004, s 4), mener jeg at det er av stor interesse om klinisk stige i et mer langsiktig perspektiv bidrar til videre kompetanseutvikling hos den enkelte kliniske spesialist og om kliniske spesialister på sikt bidrar til fagutvikling av kollegaer, i avdelingen og i organisasjonen. Jeg ønsker også å finne ut hvilke faktorer som innvirker på om og i hvilken grad den kliniske spesialisten holder seg faglig oppdatert. Og hvilke faktorer som spiller inn for om og i hvilken grad den kliniske spesialisten bidrar i fagutviklingsarbeid.

Min studie vil bygge på kunnskap fra tidligere studier på klinisk stige i Norge (Bjørk et al., 2007; Kvamme & Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007; Tørstad & Bjørk, 2007). Studiene har delvis fokusert på klinisk stiges effekt på kompetanseutvikling og fagutvikling, og viser til at klinisk stige har individuelle effekter på kompetanseutvikling (Bjørk et al., 2007; Kvamme & Bjerke, 2003; Samdal, 2004; Tradin, 2007). I tillegg øker læringseffektene og bruk av kompetanse etter som sykepleierne når et høyere nivå i klinisk stige (Bjørk et al., 2007). Når det gjelder klinisk stiges effekt på fagutvikling har ikke funnene vært entydige. To studier fant at den individuelle faglige utviklingen



# UNIVERSITETET I OSLO

## DET MEDISINSKE FAKULTET

resulterte i overføring av kunnskap til kollegaer (Samdal, 2004; Tradin, 2007). Mens Kvamme & Bjerke (2003) fant at organisasjonens utnyttning av den individuelle kompetansen var svak og ujevn.

Bare Kvamme & Bjerke (2003) har gjort en landsomfattende kartlegging av alle kliniske spesialister i Norge. Siden deres undersøkelse i 2002 har antallet kliniske spesialister som fortsatt er medlem av NSF økt fra 440 til 1403 per juni 2009 (NSF, 2009). Fordi jeg ønsker å se om utdanningen på sikt er et redskap for fagutvikling, ønsker jeg i min spørreskjemaundersøkelse å inkludere alle sykepleiere/spesialsykepleiere som har vært godkjent av NSF som kliniske spesialister i 2 år eller mer. For å kunne utføre studien søker jeg herved om å få tilgang til navn og adresse på de 1161 sykepleierne som var godkjente kliniske spesialister per 1.oktober 2007, og som fortsatt er medlem av NSF (NSF, 2009). Siden jeg skal behandle personopplysninger i et personregister vil jeg melde fra til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Min veileder er Ida Torunn Bjørk, førsteamanuensis ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Seksjon for sykepleievitenskap.

Håper at min begrunnelse for studien resulterer i positivt svar på henvendelsen

Med vennlig hilsen

Masterstudent Anne Grethe Knutheim (sign.)

Førsteamanuensis Ida Torunn Bjørk (sign.)

Vedlegg: Litteraturliste til søknaden og prosjektbeskrivelse  
Kopi: Lise Færevaaag

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Ida Torunn Bjørk  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 18.11.2009

Vår ref: 22310 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.07.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 13.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22310

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

*Utdanningen til klinisk spesialist: Et redskap for fagutvikling og kompetanseutvikling.  
Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*

*Ida Torunn Bjørk*

*Anne Grethe Knutheim*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.09.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

*Vigdis Namtvedt Kvalheim*  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

*Åsne Halskau*  
Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Grethe Knutheim, Gunnar Schjelderupsvei 11 F., 0485 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

22310

Formålet med prosjektet er å finne ut om klinisk stige på sikt fortsatt stimulerer til kompetanseheving hos den enkelte kliniske spesialist, samt om den enkelte kliniske spesialisten fortsatt bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid to år eller mer etter godkjenning som klinisk spesialist. Utvalget består av sykepleiere/spesialistsykepleiere som har vært godkjent som kliniske spesialister av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i 2 år eller mer. Det vil sendes ut en spørreskemaundersøkelse til godkjente kliniske spesialister i sykepleie/spesialsykepleie i NSF.

Personvernombudet forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen av informanter til prosjektet. Vi forstår det slik at Norsk sykepleierforbund sender en elektronisk navne- og adressefil til datafirmaet Viascan som trykker og sender ut spørreskjema og infoskriv til informantene, og at NSF oppbevarer navnelisten i prosjektperioden. Personvernombudet forstår det videre slik at Viascan fungerer som en databehandler i prosjektet og NSF, og det forutsettes at det foreligger databehandleravtaler mellom partene for den behandling av data som finner sted, jf. pol § 15.

Gjennom spørreskjemaundersøkelsen vil det bli registrert opplysninger om hvordan de kliniske spesialistene holder seg faglig oppdatert og på hvilken måte den kliniske spesialisten bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid, og hvilke faktorer som avgjør om og i hvilken grad den kliniske spesialisten holder seg faglig oppdatert og bidrar til fagutviklingsarbeid. Det tas høyde for at datamaterialet vil være indirekte personidentifiserbart. Det vil bli registrert sensitive personopplysninger om medlemskap i fagforening, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8, e).

Personvernombudet har mottatt revidert informasjonsskriv 13.11.2009 og finner det tilfredsstillende. Personvernombudet finner at behandlingen kan hjemles i personopplysningsloven §§ 8 første alternativ og 9 a) (samtykke).

Prosjektsslutt er angitt til 30.09.2010. Senest ved prosjektsslutt vil datamaterialet anonymiseres som opplyst i informasjonsskriv. Ombudet minner om at et anonymt datamateriale kun består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel.



**Avtale mellom**

**Norsk Sykepleierforbund**

**og**

**ViaScan AS**

**vedrørende behandling av personopplysninger**

**1. Bakgrunn**

Etter bestilling fra Norsk Sykepleierforbund vil ViaScan AS gjennomføre datainnsamling for Norsk Sykepleierforbund. Dette innebærer at ViaScan AS vil få tilgang på navn- og adresselister fra sin oppdragsgiver Norsk Sykepleierforbund.

**2. Formålet med ViaScan ASs behandling av personopplysninger**

Formålet med behandlingen er å gjennomføre en anonymisert spørreundersøkelse.

**3. Taushetsplikt**

ViaScan sine medarbeidere er underlagt taushetsplikt i forhold til all behandling av personopplysninger foretatt for kunden etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e og arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7. ViaScan sine ansatte kan ikke benytte personopplysningene til noe annet formål enn innhenting av data.

**4. Omfanget av behandlingen**

ViaScan får utlevert en fil med navn og adresse. Det blir generert koder for hver adresse. Disse kodene skal følge med i svarfilen, men for øvrig skal ikke informasjon fra utvalgsfilen (det vil si, navn og adresse) følge med i svarene. Utvalgsfil og svar skal oppbevares atskilt.

**5. Sletting av informasjon**

Opplysninger om bruker skal slettes når disse ikke lenger er nødvendige for formålet med behandlingen. I dette tilfellet skal samlet svarmateriale overleveres masterstudent Anne Grethe Knutheim og hennes veileder Ida Torunn Bjørk etter avtale og senest innen 28.02. 2010. Sletting skal finnes sted senest 14 dager etter at Anne Grethe Knutheim/ Ida Torunn Bjørk har bekreftet at materialet er mottatt og i leselig stand. Ansvar for slettingen pålegges ViaScan sin daglig leder.

**6. Overdragelse**

ViaScan sitt ansvar etter nærværende avtale kan ikke overdras eller overlates til andre.

Nærværende avtale er utstedt i 2 eksemplarer, hvorav ett til hver av partene.

\*\*\*

Oslo, den 24.11.2009

For Norsk Sykepleierforbund

  
Anne Julie Forester  
Gruppeleder medlemsregisteret

For ViaScan AS

  
Toril Bang Bleken  
Daglig leder



## **PILOTTESTING AV SPØRRESKJEMA FOR KLINISKE SPESIALISTER I SYKEPLEIE/SPECIALSYKEPLEIE**

Hensikten med studien er å utforske om kompetanseutviklingen som ligger bak godkjenning som klinisk spesialist, på sikt stimulerer til fortsatt individuell kompetanseutvikling og på hvilken måte kliniske spesialister mener at de bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid.

Spørsmålene i spørreskjemaet omhandler den kliniske spesialisten sin egen kompetanseutvikling, hvordan den kliniske spesialisten anvender sin kompetanse til fagutviklingsarbeid og faktorer som kan påvirke muligheten for kompetanseutvikling og fagutvikling. I tillegg inneholder spørreskjemaet spørsmål om yrkesbakgrunn, type arbeidsplass, utdanning og erfaring i yrkeslivet. Kvamme & Bjerke (2003) og Bjørk et al.(2007) sine spørreskjemaer er brukt som hjelpemidler i utformingen av spørreskjemaet.

Jeg ønsker din hjelp til å vurdere ulike aspekter av datainnsamlingsverktøyet ved at du etter å ha fylt ut spørreskjemaet kommenterer følgende spørsmål:

1. Når du ser på temaene i spørsmålene 16 og 17, er du enig i at disse omhandler utvikling av individuell faglige kompetanse?

.....

.....

.....

.....

2. Når du ser på temaene i spørsmålene 18- 20, er du enig i at disse omhandler fagutvikling?

.....

.....

.....

.....

3. Når du ser på temaene i spørsmålene 21- 27, er du enig i at disse omhandler faktorer som kan påvirke kompetanseutvikling og fagutvikling?

.....

.....

.....

.....

4. Savner du noen temaer ?

.....

.....

.....

.....

5. Er det noen temaer du ville utelatt?

.....

.....

.....

.....

6. Er spørsmålene klare?

.....

.....

.....

.....

7. Manglende eller uklare svaralternativ?

.....

.....

.....

.....

8. Organisering av spørreskjema?

.....

.....

.....

.....

9. Trenger man mer informasjon for utfylling av spørreskjema?

.....

.....

.....

.....

10. Hvor lang tid du bruker på å fylle ut spørreskjemaet?

.....

.....

.....

.....

Spørsmål 6-9 er hentet fra avhandlingen til Hellesø, R. (2005), spørsmål 10 er hentet fra masteroppgaven til Solberg, M.T.(2008). Resten av spørsmålene er inspirert av Haraldsen (1999) og Polit & Beck (2008).

**TUSEN TAKK FOR HJELPEN !**

## Forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

### ”Utdanningen til klinisk spesialist: Et redskap for fagutvikling og kompetanseutvikling?”

Dette spørreskjemaet går til alle sykepleiere/spesialsykepleiere som har vært godkjent av NSF som klinisk spesialist i minimum to år. Hensikten med studien er å utforske om kompetanseutviklingen som ligger bak godkjenning som klinisk spesialist, på sikt stimulerer til fortsatt individuell kompetanseutvikling og på hvilken måte kliniske spesialister mener at de bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid. Undersøkelsen inngår i en masterstudie, og har som mål å ferdigstilles i løpet av høsten 2010. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Gjennom å svare på spørreskjemaet gir du samtidig ditt informerte samtykke til å delta. Besvarelsen behandles konfidensielt. Undersøkelsen gjennomføres i samarbeid med NSF. Navn- og adresselister vil ikke være tilgjengelig for forskerne. Hvert skjema vil være merket med identitetsnummer, dette brukes kun til en purring. Spørreskjema vil oppbevares nedlåst til oppgaven er skrevet. Ved prosjektslutt den 30.09.10 makuleres de papirbaserte spørreskjemaene. Øvrig datamateriell blir lagret anonymisert på PC. Deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn.

Spørreskjemaet skal leses optisk. Det er derfor viktig at du bruker sort eller blå kulepenn, og at du krysser nøyaktig innenfor avkrysningsboksene. Det tar ca. 20 minutter å besvare spørsmålene og ferdigutfylte spørreskjema returneres per post i den vedlagte, ferdigutfylte og frankerte konvolutten.

Spørsmålene i spørreskjemaet omhandler din kompetanseutvikling, hvordan din kompetanse brukes til fagutviklingsarbeid og faktorer som kan påvirke muligheter for kompetanseutvikling og fagutvikling. I tillegg inneholder spørreskjemaet spørsmål om din yrkesbakgrunn, type arbeidsplass, utdanning og erfaring i yrkeslivet. Det gis instruksjoner underveis i spørreskjemaet om hvordan du skal fylle ut spørsmålene. Det er ingen gale eller riktige svar på spørsmålene. Det er din oppfatning som er av interesse for studien.

### **Svarfristen for tilbakesending av spørreskjema er 15. desember.**

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med:  
Anne Grethe Knutheim, Masterstudent ved Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag,  
Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo,  
E-mail: [a.g.knutheim@studmed.uio.no](mailto:a.g.knutheim@studmed.uio.no)

Ida Torunn Bjørk, veileder, Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag, Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf: 22 85 05 77  
E-mail: [i.t.bjork@medisin.uio.no](mailto:i.t.bjork@medisin.uio.no)

**Tusen takk for at du vil delta i denne undersøkelsen**

## SPØRRESKJEMA TIL KLINISKE SPESIALISTER

1. Hvilket kjønn har du? (sett kryss) ☐ Mann ☐ Kvinne
2. Når fikk du autorisasjon som sykepleier?  (årstall)
3. Hvor mange år har du vært i klinisk arbeid etter autorisasjon?  ( i hele år)
4. Når ble du godkjent som klinisk spesialist?  (årstall)
5. Har du tatt annen utdanning relevant for sykepleie før du ble klinisk spesialist? (Du kan krysse av for flere alternativer)
- ☐ Nei ☐ Videreutdanning i sykepleie ved høyskole ☐ Masterutdanning i sykepleie  
☐ Annen kortere utdanning i sykepleie ☐ Ledelse/admin. ☐ Annen høyere utdanning
6. Har du tatt annen utdanning relevant for sykepleie etter at du ble klinisk spesialist?
- ☐ Nei ☐ Videreutdanning i sykepleie ved høyskole ☐ Masterutdanning i sykepleie  
☐ Annen kortere utdanning i sykepleie ☐ Ledelse/admin. ☐ Annen høyere utdanning
7. Nedenfor finner du noen vanlige begrunnelser for å utdanne seg til klinisk spesialist. Hvilken betydning hadde de ulike begrunnelsene for deg? (Sett ett kryss på hver linje)

	Ingen betydning	Liten betydning	En viss betydning	Stor betydning	Svært stor betydning
Jeg ønsket å utvikle min faglige kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket å bidra til kvalitetsforbedring av praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsgiver oppfordret meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket mer anerkjennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket høyere lønn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket mer ansvarsfulle oppgaver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket å fordype meg i sykepleie til min pasientgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket et alternativ til formell utdanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ingen betydning	Liten betydning	En viss betydning	Stor betydning	Svært stor betydning
Tilfeldigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsket systematisk tilbakemelding på egen praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Det finnes ulike veier til godkjenning som klinisk spesialist. Hvilken av de tre beskrivelsene under synes du passer best for deg? (Sett ett kryss)**

- ☐ Jeg samlet dokumentasjon om praksis/veiledning/kurs/litteratur jeg hadde fra før  
☐ Jeg planla og gjennomførte mitt eget program  
☐ Jeg gjennomførte program organisert av arbeidsgiver

**9. Hvor var du ansatt da du ble godkjent som klinisk spesialist? (Sett ett kryss)**

- ☐ Kirurgisk avd. ☐ Medisinsk avd. ☐ Intensiv/Postoperativ  
☐ Operasjon/Anestesi ☐ Mor/barn ☐ Forebyggende helsetjenester  
☐ Hjemmetjenester ☐ Psykisk helsevern ☐ Sykehjem ☐ Annet

**10. Hvor er du ansatt nå? (Sett ett kryss)**

- ☐ Kirurgisk avd. ☐ Medisinsk avd. ☐ Intensiv/Postoperativ  
☐ Operasjon/Anestesi ☐ Mor/barn ☐ Forebyggende helsetjenester  
☐ Hjemmetjenester ☐ Psykisk helsevern ☐ Sykehjem ☐ Annet

**11. Hvis du er ansatt på sykehus, er det lokal sykehus ☐ eller universitetssykehus?**

**12. Årsaker til bytte av arbeidssted etter klinisk godkjenning? (Sett gjerne flere kryss)**

- ☐ Jeg fikk høyere lønn ☐ Min kompetanse som klinisk spesialist ble ikke benyttet  
☐ Jeg fikk nye faglige utfordringer ☐ Arbeidsstedets beliggenhet ☐ Annet

**13. Hvilken stillingstittel har du i dag? (Sett ett kryss)**

- ☐ Sykepleier ☐ Spesialsykepleier ☐ Fagutviklingssykepleier ☐ Annet

**14. Har du ny stillingstittel fordi du ble godkjent som klinisk spesialist? (Sett ett kryss)**

- ☐ Nei ☐ Ja

**15. Hvor mye bidro arbeidet du nedla for å bli klinisk spesialist til å øke din faglige kompetanse? (Sett ett kryss)**

- ☐ Svært lite ☐ Lite ☐ En del ☐ Mye ☐ Svært mye

**16. Regner du med å ta mer formell utdanning? (Høgskole eller lignende) (Sett ett kryss)**

- ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

**17. Regner du med å skifte arbeidssted i løpet av neste året? (Sett ett kryss)**

- ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

**18. Hvis ja på spørsmål 17, hvorfor vil du skifte arbeidsplass? (Sett gjerne flere kryss)**

- ☐ Jeg ønsker mer lønn ☐ Min kompetanse som klinisk spesialist blir ikke benyttet  
☐ Jeg ønsker nye faglige utfordringer ☐ Arbeidsstedets beliggenhet ☐ Annet

[illegible]

**20. Jeg har fortsatt spisskompetanse i mitt fordypningsområde? (Sett ett kryss)**

☐ Helt uenig   ☐ Delvis uenig   ☐ Hverken enig/uenig   ☐ Delvis enig   ☐ Helt enig

**21. I hvor stor grad bruker du din faglige kompetanse som klinisk spesialist til fagutviklingsarbeid ved din arbeidsplass? (Sett ett kryss)**

☐ Svært lite   ☐ Lite   ☐ En del   ☐ Mye   ☐ Svært mye

**22. Nedenfor er angitt noen mulige effekter av din faglige kompetanse som klinisk spesialist. Kryss av det som passer best for deg (sett ett kryss på hver linje)**

	Helt uenig	Delvis uenig	Hverken enig/uenig	Delvis enig	Helt enig
Min kompetanse gjør meg faglig trygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse har positiv effekt på fagmiljøet i avdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse gjør at jeg tar flere faglige initiativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse gjør meg dyktigere i praktisk sykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse bidrar til at jeg ivaretar pasienter/pårørende bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min kompetanse gjør meg flinkere til å kommunisere med kollegaer og pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Hvor ofte benytter du din faglige kompetanse som klinisk spesialist på følgende måter? Kryss av det som passer best for deg. (Sett ett kryss på hver linje)**

	Svært sjelden	Nokså sjelden	Noen ganger	Nokså ofte	Svært ofte
Jeg veileder kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg underviser kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bruker vaktrapporten aktivt for å utveksle kunnskap med kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar initiativ til faglig diskusjon med kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Svært sjelden	Nokså sjelden	Noen ganger	Nokså ofte	Svært ofte
Jeg tilrettelegger aktiviteter som bidrar til kompetanseheving og fagutvikling hos mine kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hjelper kollegaer til å få tilgang på faglige ressurser (litteratur, kurs, databaser osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anvender nye prosedyrer og framgangsmåter i pleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lærer opp kollegaer i nye prosedyrer og nytt teknisk utstyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lærer opp og oppmuntrer kollegaer til å bruke databaser for å søke etter forskningsartikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg anvender evidensbasert kunnskap aktivt for å utvikle/endre praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg evaluerer effekt av evidensbaserte tiltak i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tar initiativ til tverrfaglig arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg samarbeider med andre avdelinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bidrar i faglig prosjekt eller utviklingsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir brukt som ressursperson av kollegaer innen mitt fordypningsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg identifiserer behov for endring av pasientrettet praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bidrar til utforming av nye retningslinjer/prosedyrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir brukt som ressursperson av mine ledere innen mitt fordypningsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**24. Er det din bakgrunn som klinisk spesialist som gjør at du opprettholder, videreutvikler og bruker din faglige kompetanse i arbeidet?** (Sett ett kryss)

☐ Helt uenig ☐ Delvis uenig ☐ Hverken uenig/enig ☐ Delvis enig ☐ Helt enig

**25. Utsagnene nedenfor omhandler forhold som kan påvirke kompetanseutvikling og fagutvikling? Kryss av det som passer best for deg i din arbeidshverdag?** (Sett ett kryss på hver linje)

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig/uenig	Delvis enig	Helt enig
Mine arbeidsoppgaver er faglig utfordrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine arbeidsoppgaver er relevante i forhold til mitt fordypningsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får nye oppgaver fordi jeg er klinisk spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miljøet på mitt arbeidssted har fokus på læring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tilbud om veiledning på min arbeidsplass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker å bruke min kompetanse til fagutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg liker å undervise og veilede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er selv aktiv i å oppsøke nye læresituasjoner i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine muligheter til å søke råd/diskutere med erfarne kollegaer er tilfredsstillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får nok tid til å utvikle min faglige kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det foregår flere fagutviklingsprosjekter på min arbeidsplass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er stort sett nok personale på vakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig/uenig	Delvis enig	Helt enig
Tilgangen til PC og databaser er tilfredsstillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgangen til eksterne kurs er tilfredsstillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er tilbud om intern undervisning på min arbeidsplass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er lett å gå fra posten til intern undervisning og veiledning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagutviklingsrelaterte prosjekter blir sjelden utsatt/stoppet på grunn av dårlig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den samlede kompetansen hos personale på vakt er stort sett tilfredsstillende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine ledere vektlegger utvikling av personalets faglige kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine ledere er opptatt av fagutvikling i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine kollegaer er opptatt av fagutvikling i praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine ledere stiller krav til at jeg som klinisk spesialist skal bidra til fagutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine ledere bruker meg som ressursperson på problemstillinger knyttet til mitt fordypningsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir involvert i endrings - prosesser på min arbeidsplass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Delvis uenig	Verken enig/uenig	Delvis enig	Helt enig
Jeg gleder meg til å gå på jobben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mine kollegaer bruker meg som ressursperson på problemstillinger knyttet til mitt fordypningsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avdelingskulturen er preget av åpenhet og trygghet, og rom for å stille spørsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en kultur for tverrfaglig samarbeid på mitt arbeidssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanlig å skrive avviksmeldinger i mitt arbeidsmiljø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På min arbeidsplass legges det stor vekt på sykepleiedokumentasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er vanlig å bruke skriftlige retningslinjer/prosedyrer for det praktiske arbeidet på min arbeidsplass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Er det fagutviklingssykepleier på din arbeidsplass? (Sett ett kryss)**

☐ Ja      ☐ Nei      ☐ Vet ikke

**27. Foreligger det en kompetanseplan på din arbeidsplass? (Sett ett kryss)**

☐ Ja      ☐ Nei      ☐ Vet ikke

**28. Har din arbeidsgiver kartlagt din kompetanse det siste året (Sett ett kryss)**

☐ Nei      ☐ Ja      ☐ Vet ikke

**29. Hvor stor del av din arbeidstid er avsatt til faglig ajourhold/fordypning pr. måned i dag? (Sett ett kryss)**

☐ Ingenting    ☐ Mindre enn 1 dag    ☐ 1 dag      ☐ Mer enn en dag

**30. Er det avsatt tid i turnusplanene/arbeidsplanene til veiledning?**

☐ Nei      ☐ Ja      ☐ Vet ikke

**Tusen takk for at du svarte på spørreskjemaet.**

## Ny forespørsel om å delta i spørreundersøkelse

### ”Utdanningen til klinisk spesialist: Et redskap for fagutvikling og kompetanseutvikling?”

Vi kan ikke se at vi har mottatt svar fra deg på dette spørreskjemaet som ble sendt ut i begynnelsen av desember 2009. Spørreskjemaet gikk til alle sykepleiere/spesialsykepleiere som har vært godkjent av NSF som klinisk spesialist i minimum to år. Dersom du nå har anledning til å svare på vedlagte spørreskjema setter vi stor pris på det. Hensikten med studien er å utforske om kompetanseutviklingen som ligger bak godkjenning som klinisk spesialist, på sikt stimulerer til fortsatt individuell kompetanseutvikling og på hvilken måte kliniske spesialister mener at de bruker sin kompetanse til fagutviklingsarbeid. Undersøkelsen inngår i en masterstudie, og har som mål å ferdigstilles i løpet av høsten 2010. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Gjennom å svare på spørreskjemaet gir du samtidig ditt informerte samtykke til å delta. Besvarelsen behandles konfidensielt. Undersøkelsen gjennomføres i samarbeid med NSF. Navn- og adresselister vil ikke være tilgjengelig for forskerne. Hvert skjema vil være merket med identitetsnummer, dette er kun brukt til denne puringen. Spørreskjema vil oppbevares nedlåst til oppgaven er skrevet. Ved prosjektslutt den 30.09.10 makuleres de papirbaserte spørreskjemaene. Øvrig datamateriell blir lagret anonymisert på PC. Deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn.

Spørreskjemaet skal leses optisk. Det er derfor viktig at du bruker sort eller blå kulepenn, og at du krysser nøyaktig innenfor avkrysningsboksene. Det tar ca. 20 minutter å besvare spørsmålene og ferdigutfylte spørreskjema returneres per post i den vedlagte, ferdigutfylte og frankerte konvolutten.

Spørsmålene i spørreskjemaet omhandler din kompetanseutvikling, hvordan din kompetanse brukes til fagutviklingsarbeid og faktorer som kan påvirke muligheter for kompetanseutvikling og fagutvikling. I tillegg inneholder spørreskjemaet spørsmål om din yrkesbakgrunn, type arbeidsplass, utdanning og erfaring i yrkeslivet. Det gis instruksjoner underveis i spørreskjemaet om hvordan du skal fylle ut spørsmålene. Det er ingen gale eller riktige svar på spørsmålene. Det er din oppfatning som er av interesse for studien.

### **Svarfristen for tilbakesending av spørreskjema er 5. februar.**

Dersom du har spørsmål til studien kan du ta kontakt med:  
Anne Grethe Knutheim, Masterstudent ved Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag,  
Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo,  
E-mail: [a.g.knutheim@studmed.uio.no](mailto:a.g.knutheim@studmed.uio.no)

Ida Torunn Bjørk, veileder, Institutt for Sykepleievitenskap og Helsefag, Seksjon for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf: 22 85 05 77  
E-mail: [i.t.bjork@medisin.uio.no](mailto:i.t.bjork@medisin.uio.no)

**Tusen takk for at du vil delta i denne undersøkelse**